

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



**“IMPACTO DAS ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL NA
QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM NEOPLASIA DA
CABEÇA/PESCOÇO”**

Lília Cristina de Sousa Conde

DISSERTAÇÃO

Mestrado em Cuidados Paliativos – 8ª edição

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



**“IMPACTO DAS ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL NA
QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM NEOPLASIA DA
CABEÇA/PESCOÇO”**

Lília Cristina de Sousa Conde

Mestrado em Cuidados Paliativos – 8ª edição

Dissertação orientada pela Professora Doutora Célia Santos

Coorientada pelo Professor Doutor António Barbosa

2013

A impressão desta dissertação foi aprovada em reunião do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa a 23 de abril de 2013.

Agradecimentos

Ao Professor António Barbosa e à Professora Célia Santos por terem aceitado o meu pedido para me conduzirem e orientarem na construção e discussão deste estudo, assim como pela dedicação e disponibilidade demonstradas.

Aos serviços onde o estudo foi aplicado, pela colaboração na recolha de dados.

A todos aqueles com neoplasia da cabeça e pescoço que aceitaram participar neste estudo.

Aos meus pais pela dedicação, coragem e visão em todo o meu percurso educativo e que foi extremamente enriquecedor!

Ao Rui pelo elogio, contributo, paciência, dedicação e compreensão.

A todos aqueles que tornaram este estudo possível de ser realizado e pelo apoio prestado.

Bem-haja e muito obrigada!

Lista de siglas e abreviaturas

Cx	Cirurgia
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
<i>et al.</i>	e outros
FF	Função física
FE	Função emocional
FC	Função cognitiva
FS	Função social
H&N35	Head and Neck (35 items)
IPO	Instituto Português de Oncologia
M	Média
n	Subamostra
N	Amostra total
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORN	Osteorradionecrose
p.	Página
PF	Papel funcional
PEG	Gastrostomia Endoscópica Percutânea
Q.	Questão
QdV	Qualidade de Vida
QdVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
QoL	Quality of Life
QLQ-C30	Quality of Life Core Questionnaire-Cancer 30 (30 items)
QT	Quimioterapia
RORENO	Registo Oncológico Regional do Norte
RT	Radioterapia
SNG	Sonda nasogástrica
Vol.	Volume
WHO	World Health Organization

Índice

Índice de Figuras	15
Índice de Quadros	17
Índice de Gráficos.....	19
Resumo	21
Abstract.....	23
Introdução	25
Parte I- Enquadramento Teórico.....	31
1. Neoplasia da Cabeça e Pescoço	33
1.1 Definição e incidência	33
1.2 Modalidades de tratamento	36
2. Principais alterações na cavidade oral no doente com neoplasia da cabeça e pescoço	39
2.1 Mucosite	40
2.2 Candidíase	42
2.3 Distúrbios do paladar e olfato.....	42
2.4 Cárie de radiação	43
2.5 Xerostomia	43
2.6 Trismo.....	44
2.7 Osteorradionecrose	45
2.8 Mutilação	46
3. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	47
4. Estado do conhecimento científico sobre a temática	53
4.1 Dados sócio-demográficos.....	53
4.2 Estado socioeconómico	54
4.3 Hábitos tabágicos e alcoólicos.....	55
4.4 Traqueostomia	56
4.5 Tipo de alimentação.....	57
4.6 Dentição e uso de prótese dentária	58
4.7 Efeitos da doença: localização anatómica tumoral e estadió tumoral	58
4.8 Tempo após o início e término do tratamento	60

4.9 Efeitos do tratamento.....	62
4.10 Preditores de Qualidade de Vida	72
5. Transição: conceito central da enfermagem.....	77
6. Cuidar a boca: uma intervenção de Enfermagem.....	83
Parte II - Enquadramento Metodológico.....	87
7. Enquadramento metodológico.....	89
7.1 Objetivos específicos e questões de investigação.....	89
7.2 Variáveis	90
7.3 Tipo de estudo	92
7.4 População e amostra	92
7.4.1 Método de Amostragem	92
7.4.2 Caracterização da amostra	93
7.5 Instrumento de colheita de dados	102
7.6 Procedimento	105
7.7 Considerações éticas.....	106
7.8 Análise e tratamento de dados	107
Parte III - Resultados.....	109
8. Resultados	111
8.1 Alterações da cavidade oral	111
8.2 Perceção de QdV	115
8.3 Impacto das alterações da cavidade oral sobre a perceção de QdV	123
8.4 Impacto dos tratamentos sobre as alterações da cavidade oral.....	126
8.5 Impacto dos tratamentos sobre a perceção de QdV	129
8.6 Relação entre a localização tumoral e as alterações da cavidade oral	130
8.7 Relação da localização tumoral e a perceção da QdV	132
8.8 Relação entre o tempo decorrido após o início do tratamento e as alterações da cavidade oral.....	132
8.9 Relação entre o tempo decorrido após o início do tratamento e a perceção de QdV	133
8.10 Relação entre os dados sociodemográficos e a perceção de QdV	133
8.11 Relação entre diversas variáveis e a QdV	135
Parte IV - Discussão.....	143
9. Discussão.....	145

9.1 Incidência das alterações da cavidade oral	145
9.2 Descrição da percepção de QdV	147
9.3 Relação entre as alterações da cavidade oral e a percepção de QdV	149
9.4 Relação entre as alterações da cavidade oral e o tipo de tratamento	152
9.5 Relação entre a percepção de QdV e o tipo de tratamento	153
9.6 Relação entre a incidência das alterações da cavidade oral e a localização do tumor primário	155
9.7 Relação entre a percepção de QdV e a localização do tumor primário	156
9.8 Relação entre a incidência das alterações da cavidade oral e o tempo	157
9.9 Relação entre a percepção de QdV e o tempo	158
9.10 Relação entre a percepção de QdV e os dados sociodemográficos	159
9.11 Outras variáveis	161
9.12 Limitações do estudo	169
9.13 Propostas de investigação e implicações para a prática	169
Considerações finais	173
Referências Bibliográficas	177
ANEXOS	193
Anexo A – Dados Sociodemográficos	195
Anexo B – Questionário EORTC	197
Anexo C – Autorizações para a realização do estudo	199
Anexo D – Documento informativo do estudo	201
Anexo E - Consentimento Informado	203

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo cooperativo com intervenção nas crises	38
Figura 2 - Modelo de transição em enfermagem	80

Índice de Quadros

Quadro 1 - Questões de investigação	90
Quadro 2 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo, o estado civil, a situação de alojamento e a situação profissional	94
Quadro 3 - Distribuição da amostra de acordo com o grupo profissional	95
Quadro 4 - Distribuição da amostra de acordo com o distrito de residência	95
Quadro 5 - Distribuição da amostra de acordo com a localização tumoral	96
Quadro 6 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação tumoral	96
Quadro 7- Distribuição da amostra de acordo com a presença/ausência de sintomas ...	97
Quadro 8- Distribuição da amostra de acordo com o tempo decorrido desde o início do primeiro tratamento	98
Quadro 9- Distribuição da amostra de acordo com as terapêuticas efetuadas ou em curso	98
Quadro 10- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cirurgia	99
Quadro 11 - Distribuição da amostra de acordo com a presença de esvaziamento cervical e recurso a retalho/reconstrução	100
Quadro 12 - Distribuição da amostra de acordo com os hábitos tabágicos e alcoólicos	100
Quadro 13 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de alimentação	101
Quadro 14 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de dentição e uso de prótese dentária	102
Quadro 15 - Análise da fidelidade das escalas funcionais QLQ-C30 e H&N35	104
Quadro 16 – Incidência das alterações da cavidade oral	111
Quadro 17 - Distribuição da amostra de acordo com a localização da dor	112
Quadro 18- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de disfagia	113
Quadro 19 – Matriz de correlação entre a dor, a disfagia e a xerostomia	114
Quadro 20 – Mediana e intervalo interquartil na avaliação da função física, funcional, emocional, cognitiva e social (componente QLQC30)	115
Quadro 21– Matriz de correlação entre os domínios funcionais da QdV	118
Quadro 22 – Mediana e intervalo interquartil na avaliação dos sintomas	119
Quadro 23 – Mediana e intervalo interquartil na avaliação de sintomas específicos para a neoplasia da cabeça e pescoço (componente H&N35)	120

Quadro 24 - Distribuição da amostra de com o uso de analgésicos, suplementos alimentares, alimentação por via entérica e aumento/perda de peso	122
Quadro 25 – Relação entre as alterações da cavidade oral com os domínios funcionais e a QdV geral.....	123
Quadro 26 – Matriz de correlação entre a dor, a disfagia e a xerostomia com os domínios funcionais e a QdV global	124
Quadro 27 – Relação entre o tratamento e as alterações da cavidade oral.....	126
Quadro 28 – Relação entre o tratamento e a QdV e os seus domínios.....	129
Quadro 29 - Incidência das alterações da cavidade oral de acordo com a localização tumoral.....	130
Quadro 30 – Incidência das alterações da cavidade oral ao longo do tempo	132
Quadro 31 – Relação entre local de seguimento e os diversos domínios funcionais da QdV	136
Quadro 32 – Relação entre alteração da consistência e o papel funcional e a função emocional	138

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com a localização da dor	113
Gráfico 2- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de disfagia	114
Gráfico 3 – Avaliação da função física, funcional, emocional, cognitiva e social.....	116
Gráfico 4 – Avaliação da QdV global	117
Gráfico 5– Diagrama de extremos e quartis dos sintomas (componente QLQC30)	120
Gráfico 6 – Diagrama de extremos e quartis dos sintomas específicos para a neoplasia da cabeça e pescoço (componente H&N35).....	122

Resumo

A neoplasia da cabeça e pescoço, bem como o tratamento que lhe está associado, causam grandes distúrbios em funções básicas para o doente, condicionando a sua qualidade de vida (QdV). O objetivo geral deste estudo consistiu em avaliar o impacto das alterações da cavidade oral de doentes com neoplasia da cabeça/pescoço sobre a sua percepção de QdV.

Realizou-se um estudo de cariz descritivo-correlacional, com uma metodologia de índole transversal. Para a colheita de dados foi utilizado o questionário de avaliação da QdV para doentes com neoplasia da cabeça e pescoço, EORTC-QLQC30 e H&N35, acompanhado de um documento onde foram registadas as alterações da cavidade oral presentes durante os últimos sete dias.

A amostra foi constituída por 71 doentes, predominantemente do sexo masculino (n=67; 94,37%) com uma média de idade de 57,2 anos.

Os resultados obtidos mostraram que os diversos subdomínios da QdV foram avaliados negativamente, sendo a avaliação global da QdV, embora negativa, ligeiramente superior. As alterações com maior incidência foram a xerostomia, a dor, a disfagia e a mutilação. Surpreendentemente, aqueles que apresentavam dor, xerostomia ou disfagia relataram melhor percepção de QdV. Também no que se refere ao tratamento, aqueles que foram submetidos às três modalidades terapêuticas apresentam melhor percepção da função física, cognitiva e social. Os tumores da orofaringe parecem estar relacionados com o desenvolvimento de mucosite e de dor e os da laringe/faringolaringe com a mutilação. Relativamente ao tempo após o início do tratamento, a QdV apresenta pior percepção no período entre seis meses e um ano após o início do tratamento.

Considera-se pertinente, para investigações futuras, proceder a estudos de cariz longitudinal, com vista a compreender as alterações da cavidade oral e as suas implicações na percepção de QdV ao longo do tempo. Salienta-se ainda a importância de tentar esclarecer algumas dúvidas que o presente estudo deixou pendente, como os motivos por que aqueles que são submetidos a mais tratamentos apresentaram melhor percepção nos diversos domínios funcionais, e ainda os fatores que determinam que aqueles que apresentam dor, xerostomia ou disfagia percecionem melhor a QdV global.

Palavras-chave: neoplasia da cabeça e pescoço; alterações da cavidade oral; qualidade de vida;

Abstract

The head and neck cancer and its treatment cause great disturbances in basic functions for the patient, affecting their quality of life (QoL). The aim of this study is to assess the impact of changes in the oral cavity of patients with cancer of the head / neck on their perception of QoL.

This is a study of descriptive and correlate nature, with a methodology for cross-natured. For the collection of data was used the QoL questionnaire for patients with head and neck cancer, EORTC-H & N35, and QLQC30, accompanied by a document where the changes on oral cavity, during the last seven days, were recorded.

The sample consisted of 71 patients, predominantly males (94,37%) with a mean age of 57,15 years.

The results show that the various sub-domains of QoL have a negative assessment, and the assessment of overall QoL, although negative, is slightly higher. Changes are focusing more xerostomia, pain, dysphasia and mutilation. Those who experience pain, xerostomia or dysphasia have better perception of QoL. With regard to treatment, those who are subjected to the three therapeutic modalities have better perception of physical, cognitive and social function. Oropharyngeal tumors are related to the development of mucositis and pain and larynx / faringolaringe with mutilation. For the time, the worst perception of QoL perception is situated in the period between six months and one year after treatment initiation.

It is considered relevant for future investigations, conduct longitudinal studies to understand the variation in QoL and changes in the oral cavity over time. Note also the importance of trying to clarify why those who undergo more treatments showed better perception in the various functional domains, as well as the reasons why those with pain, dry mouth or dysphasia showed better perception of QoL.

Keywords: head and neck cancer, oral cavity changes, quality of life.

Introdução

As doenças progressivas e incuráveis exigem das equipas de saúde um conhecimento científico e aprofundado sobre todas as temáticas que lhe estão inerentes, com vista ao conforto e bem-estar da pessoa e da família que a vivenciam.

A doença oncológica insere-se nesta problemática sendo, provavelmente, a patologia mais temida do mundo moderno. Não sendo apenas um fator de mortalidade, cobra uma pesada fatura de angústia e desespero, mesmo quando é potencialmente curável, conferindo problemas de adaptação a muitos dos que dela padecem. Esta questão não se circunscreve somente aos doentes, estendendo-se também a todo o seu núcleo social – família e amigos. A doença torna-se um foco contínuo de ansiedade e *stress*, tal como o seu tratamento, agressivo, e com efeitos iatrogénicos, com consequências funcionais e psicossociais marcadas. A doença oncológica reveste-se, assim, de grande carga emocional e social e assume uma representação social de elevada componente simbólica (Matos e Pereira, 2002).

Em Portugal, os tumores malignos representam a segunda causa de morte, constituindo os carcinomas da cabeça e pescoço a quarta patologia com maior incidência em indivíduos do sexo masculino, apresentando uma taxa de mortalidade elevada, sendo de 48% nas neoplasias do lábio, da cavidade oral e da faringe, e de 74,5% na neoplasia da laringe (Portugal, 2002; Portugal, 2008; Portal de Oncologia Português, 2011).

Os cuidados paliativos assumem-se como essenciais em torno desta patologia, sendo definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida (QdV) dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (WHO, 2002). O seu objetivo engloba, assim, o conforto, a QdV e a dignidade da pessoa com doença progressiva e incurável, para além do alívio e a prevenção do sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual (WHO, 1990).

Atualmente, a oferta de cuidados paliativos faz-se com base num conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença e não por uma especificidade de qualquer diagnóstico (Neto, 2010). O *modelo cooperativo com intervenção nas crises* constitui o modelo mais adequado para a prestação de cuidados paliativos, uma vez que preconiza uma permanente colaboração e articulação entre os dois modos de intervenção, curativa e paliativa, desde o início do processo de doença. Assim, os cuidados paliativos podem intervir numa fase de sofrimento (como por exemplo, o descontrolo de algum sintoma) que possa ainda estar enquadrada dentro de objetivos centrados na vertente curativa (Capelas e Neto, 2010).

A avaliação da QdV e a publicação de estudos que visam a sua apreciação no doente oncológico tem sido crescente nos últimos anos, confirmando este facto a importância que as sociedades modernas demonstram em torno de toda a problemática inerente à doença oncológica. A qualidade de vida relacionada com a saúde, QdVRS, trata-se, portanto, de um conceito com elevada relevância em diferentes aspetos da gestão de saúde, nomeadamente na seleção de tratamentos, no conhecimento dos interesses específicos dos doentes, na avaliação dos efeitos da terapêutica e no estabelecimento de um melhor relacionamento entre a equipa de saúde e o doente/família, constituindo-se, igualmente, como uma unidade de medição económica na avaliação da qualidade e efetividade dos serviços de saúde e ainda na monitorização da saúde da população (Santos, 1999).

O estudo da QdVRS, nomeadamente na área oncológica, torna-se de facto imprescindível, uma vez que se estima que o número de indivíduos diagnosticados com cancro crescerá nos próximos 50 anos para o dobro, essencialmente pelo crescente envelhecimento da população e pelo aumento da esperança de vida (Edwards *et al.*, 2002). No entanto, e apesar de, nos doentes oncológicos da cabeça e pescoço, a avaliação da QdV constituir um parâmetro de avaliação essencial no planeamento de cuidados, dadas todas as morbilidades associadas à doença e ao tratamento instituído, esta não constitui, porém, uma prática comum em Portugal (Silveira *et al.*, 2009).

As neoplasias da cabeça e pescoço provocam deficiências graves. Estas doenças malignas afetam a área mais visível do corpo e podem ter um impacto mais profundo sobre os aspetos mais básicos da vida diária. As alterações da cavidade oral que surgem como consequência da doença e do tipo de tratamento oncológico instituído nestes doentes, condicionam a sua saúde oral e comprometem processos como a mastigação, a

deglutição e a fonação. Como consequência de tal acontecimento, podem gerar-se mudanças na imagem corporal e na autoestima, bem como um compromisso nas atividades de vida diárias como falar, respirar, comer e beber e alterações na audição, no paladar e no equilíbrio, condicionando, assim, a QdV. Desta forma, torna-se imprescindível o conhecimento sobre o impacto de toda esta sintomatologia, bem como de cada alteração em si, de forma a minimizar os danos à pessoa portadora da neoplasia e facilitar o seu processo de transição para a nova situação de saúde/doença.

Devido a todas as alterações a que o doente com neoplasia da cabeça e pescoço está sujeito, cuidar a boca destes doentes, e de todos os aspetos que estão ligados direta ou indiretamente às alterações que esta acarreta, reveste-se de uma importância extrema nestes casos, sendo a partir deste cuidado que se poderá facilitar a adaptação à nova situação de saúde/doença, potenciando, assim, um processo de transição mais saudável.

Cuidar a boca de pessoas doentes representa uma área muito importante em cuidados paliativos e constitui uma intervenção básica dos enfermeiros, exigindo destes uma avaliação cuidada, através do reconhecimento precoce de eventuais alterações, com vista a um planeamento de intervenções mais adequadas à situação. A boa prática deste cuidado, fundamental da prática de Enfermagem, é essencial para manter a QdV do doente, uma vez que influencia o seu conforto, bem-estar, autoestima e imagem corporal, contribuindo para a manutenção do seu estado nutricional e da sua saúde oral (Adams, 1996; Costello e Coyne, 2008; Gibson, Horsford e Nelson, 1997; Gillam e Gillam, 2006; Honnor e Law, 2002; Wilkin, 2002). Negligenciar este cuidado gera inevitavelmente desconforto na pessoa doente.

Apesar dos enfermeiros considerarem a higiene bucal como um aspeto importante e essencial, este continua a constituir, segundo alguns estudos, uma área de negligência na prática clínica. A falta de conhecimento e formação adequada da avaliação da cavidade oral constituem uma potencial justificação para este facto, pelo que o estabelecimento de protocolos e de normas de intervenção são, assim, consideradas essenciais na avaliação e implementação dos cuidados à boca.

Compreender e avaliar a QdV do doente com neoplasia da cabeça e pescoço e verificar a sua eventual relação com as diversas alterações da cavidade oral que pode apresentar, constitui um instrumento fundamental na medida em que auxilia a equipa de saúde, nomeadamente o enfermeiro, no planeamento de cuidados à boca, bem como na

triagem das alterações que têm maior impacto não só a nível físico, mas também psicológico e social.

Desta forma, a presente investigação tem por base o estudo da QdV de doentes com neoplasia da cabeça e pescoço e a forma como as eventuais alterações da cavidade oral a condicionam. Assim sendo, procura-se com este estudo perceber, na perspetiva do doente, aspetos relacionados com o tratamento e prevenção de alterações na cavidade oral que exigem maior sensibilização por parte dos profissionais de saúde, tendo-se considerado como modelo teórico de referência para a sua elaboração, o modelo teórico de transições de Meleis e seus colaboradores (2000).

Trata-se, portanto, de um estudo de cariz descritivo-correlacional, segundo uma metodologia de índole transversal, cujo objetivo geral é avaliar o impacto das alterações da cavidade oral de doentes com neoplasia da cabeça/pescoço sobre a sua QdV, apresentando como objetivos específicos:

- a) Analisar a incidência das alterações da cavidade oral;
- b) Descrever a perceção de QdV do doente com neoplasia da cabeça e pescoço;
- c) Analisar a relação entre as alterações da cavidade oral e a perceção de QdV;
- d) Determinar o impacto dos tratamentos nas alterações na cavidade oral;
- e) Determinar o impacto dos tratamentos na perceção de QdV;
- f) Relacionar a incidência das alterações da cavidade oral com a localização do tumor primário;
- g) Relacionar a perceção da QdV com a localização do tumor primário;
- h) Relacionar a incidência das alterações da cavidade oral com o tempo decorrido após o início do tratamento;
- i) Relacionar a perceção da QdV com o tempo decorrido após o início do tratamento;
- j) Relacionar os dados sociodemográficos do doente com a sua perceção de QdV.

Junto ao último objetivo, será também estudada a relação entre a presença de traqueostomia e a QdV. Assim, relativamente ao conceito de *traqueostomia*, *traqueotomia* ou *ostomia de ventilação*, estes termos serão utilizados com o mesmo significado. Assim, como forma de clarificação de conceitos, recorrer-se-á ao longo do trabalho ao termo de *traqueostomia* quer para situações temporárias ou permanentes, quer relativamente ao ato cirúrgico inerente à sua realização.

O presente trabalho de investigação está, deste modo, estruturado em quatro grandes partes: enquadramento teórico, enquadramento metodológico, resultados e discussão. Dentro da primeira parte, apresenta-se uma revisão da literatura atual sobre a problemática em estudo. Encontram-se, assim, descritas as definições dos conceitos centrais da investigação, neoplasia e QdV, e contemplam-se igualmente os diversos aspetos inerentes à neoplasia da cabeça e pescoço (incidência e etiologia) e as suas modalidades de tratamento. Para além disso, explora-se também o conceito de QdVRS, assim como estão descritas as principais alterações consequentes da localização tumoral, na região da cabeça e pescoço, e dos tratamentos instituídos, bem como a relação destas com a QdV e a análise sobre a importância da intervenção de Enfermagem relativa aos cuidados à boca. Por fim, é feita uma abordagem ao modelo teórico que serve de base a este trabalho – modelo teórico de transições de Meleis – seguido da análise do estado da investigação sobre a problemática em causa e a sua relação com as diversas variáveis patentes neste estudo.

A segunda parte diz respeito ao enquadramento metodológico do estudo, onde estão descritos os objetivos e questões de investigação, o tipo de estudo, a população alvo, o método de amostragem utilizado, o instrumento de colheita de dados, o procedimento levado a cabo para a sua recolha, as considerações éticas tidas em conta para a realização deste trabalho e o método de análise dos dados recolhidos. Também neste capítulo está contemplada a caracterização da amostra.

A apresentação dos resultados é apresentada na terceira parte, estando esta organizada de acordo com os objetivos do estudo. A quarta e última parte contempla a discussão dos resultados obtidos, culminando, assim, este trabalho com uma conclusão e reflexão de todo o conhecimento adquirido e com a apresentação de sugestões de investigação e de intervenção para a prática.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Neoplasia da Cabeça e Pescoço

Nesta primeira parte estão contempladas a definição da neoplasia da cabeça e pescoço, assim como a incidência desta patologia na população portuguesa. Para além disso, estão também descritas as diversas modalidades de tratamento inerentes a esta patologia (a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia).

1.1 Definição e incidência

Atualmente, um em cada quatro europeus desenvolve alguma forma de neoplasia durante a vida, sendo que, em Portugal, os tumores malignos representam a segunda causa de morte. Com o aumento da esperança de vida e o crescente envelhecimento da população, estima-se que o número de indivíduos diagnosticados com cancro crescerá nos próximos 50 anos para o dobro, uma vez que a incidência da maioria dos tumores aumenta com a idade (Edwards *et al.*, 2002; Portugal, 2002; Regateiro, 2004).

Segundo a OMS, verificaram-se em 2008 cerca de 400.000 novos casos de neoplasia da cavidade oral e da faringe no mundo, sendo que dois terços desses casos ocorreram em países desenvolvidos. A mesma organização estima que em Portugal, por ano, existam 1025 novos casos de neoplasia na cavidade oral (dos quais 341 falecem anualmente) e 443 novos casos de neoplasia na faringe (excluindo nasofaringe), dos quais 325 falecem, sendo neste caso mais frequente nos homens (WHO/ICA, 2010).

De acordo com o Registo Oncológico Nacional de 2001, nesse ano, em 33.052 casos de tumores malignos, 1771 eram relativos a órgãos da região da cabeça e pescoço, tendo-se registado maior incidência de cancro na laringe, seguido da língua e da boca. Verifica-se uma maior incidência destes tumores no sexo masculino e em idade superior aos 75 anos. Relativamente ao cancro da laringe, este constitui-se como o que apresenta maior número de novos casos no total de tumores da cabeça e pescoço. No que respeita à distribuição por grupo etário, o cancro da laringe, assim como o da língua, apresentam maior incidência entre os 55 e os 59 anos, enquanto que o cancro da boca, o terceiro tumor mais incidente desta região corporal, se verifica em maior número em idade superior aos 75 anos (Portugal, 2008). Os carcinomas da cabeça e pescoço constituem, assim, a quarta patologia com maior incidência em Portugal em indivíduos do sexo masculino (Portal de Oncologia Português, 2011).

Segundo o Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), em 2009 o número total de novos doentes observados no IPO do Porto foi de 10650, o que representou um acréscimo de 13% relativamente ao ano anterior, sendo a maior parte dos doentes (51%) residentes no distrito do Porto. Deste grupo de doentes oncológicos, 65% (6880) eram portadores de neoplasia maligna, sendo que 511 destes casos apresentava neoplasia na região da cabeça e pescoço, correspondendo a ordem de incidência dos tumores nesta região anatómica com a distribuição a nível nacional de 2001. É de salientar que a maior parte das neoplasias desta região anatómica, no momento do diagnóstico, apresentavam invasão regional (Portugal, 2010).

A taxa de mortalidade provocada pelas neoplasias da cabeça e pescoço é considerada elevada, visto que, relativamente às neoplasias do lábio, da cavidade oral e da faringe, esta taxa é de 48% e na neoplasia da laringe de 74,5% (Portugal, 2008).

A carcinogénese consiste, assim, numa alteração do controle do crescimento celular devido a uma exposição prolongada do indivíduo a um agente com potencial mutagénico. Desta forma, o desenvolvimento de uma neoplasia tem por base o crescimento celular descontrolado que não segue nenhuma ordem fisiológica, ignorando, por isso, os sinais de regulação do crescimento no ambiente envolvente à célula, podendo ser benigna ou maligna. No caso das neoplasias da cabeça e pescoço, as que serão estudadas serão as malignas (como o adenocarcinoma ou o carcinoma das células escamosas). Estas diferem das benignas no que respeita às características da célula em si (são indiferenciadas, tendo, por isso, pouca semelhança com as células originais), à modalidade de crescimento (infiltram-se e destroem tecidos circunvizinhos, produzindo substâncias que causam lesão celular), à velocidade de crescimento (variável com a diferenciação do tumor; quanto mais anaplásico, mais rápido será o seu crescimento) e ao desenvolvimento de metástases, provocando efeitos generalizados, como a anemia, a astenia e a perda de peso (Smeltzer e Bare, 2005).

Nas neoplasias da cabeça e pescoço, os principais agentes com tal capacidade de alteração das células são o tabaco e o álcool que, quando associados, atuam sinergicamente, aumentando ainda mais o risco de desenvolvimento de tumores malignos. Relativamente ao risco ocupacional, a exposição a compostos químicos, como o petróleo, e físicos, como o pó, potenciam este risco. Existe igualmente, no que respeita a fatores intrínsecos ao indivíduo, uma predisposição genética para o desenvolvimento desta doença. Também os fatores nutricionais podem desencadear tal

acontecimento, como a anemia ferropriva, bem como o facto de o indivíduo ter já sido portador de um primeiro tumor e ter sido exposto a radioterapia prévia, devido a esse mesmo tumor. A exposição ao papiloma vírus humano e ao vírus epstein-barr, estão também relacionados com o desenvolvimento do cancro da cabeça e pescoço, uma vez que, ao atuar no DNA da célula hospedeira, alteram o seu comportamento normal (Anaya-Saavedra, 2008; Dedivitis, 2000).

O cancro, especificamente, é um tema importante de saúde pública por diversas razões, nomeadamente pela sua incidência, mortalidade e co morbilidades que lhe estão associadas, assim como pelo medo que a população, em geral, apresenta com a possibilidade de vir a desenvolver esta doença (Pais-Ribeiro, Pinto e Santos, 2008). O cancro induz na pessoa uma grande carga emocional, estando esta relacionada com o sofrimento, o medo, a angústia, a dor e a morte. Quando diagnosticado, relembra a vulnerabilidade da natureza humana e a dificuldade em lidar com situações de crise, colocando em causa todos os projetos e planos do indivíduo, bem como da sua família, e tornando finito tudo o que parecia infinito (Pais, 2004). Por todos estes aspetos, dificilmente existe uma outra doença crónica que induza tantos sentimentos “negativos”, em qualquer um dos seus estadios (Franzi e Silva, 2003).

Devido à localização anatómica do cancro da cabeça e pescoço e do tipo de tratamento a que o doente poderá ficar submetido, nomeadamente a quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, várias são as estruturas anatómicas que podem sofrer alterações, como o lábio, a cavidade oral, a orofaringe (como as amígdalas e base da língua), a nasofaringe, a hipofaringe, a fossa nasal, os seios perinasais, bem como as glândulas salivares (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2007). Desta forma, existe um compromisso na efetividade da concretização de funções básicas, como a alimentação, e de aspetos relacionados com a socialização, como a fala, para além de alterações na imagem corporal, havendo assim um potencial compromisso da QdV da pessoa.

A avaliação da QdV nos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço apresenta deste modo especial importância, já que na esfera desta patologia se veem afetadas funções básicas como a deglutição, a fonação, a respiração, a audição, o paladar e o equilíbrio (Méndez, Bouzas e Gonzales-Botas, 2000).

É, assim, consensual que a doença oncológica produz uma série de ameaças e conduz a uma experiência lesiva para o bem-estar e QdV do doente, bem como da sua

família, constituindo o seu estudo um ato crucial em saúde (Weitzner *et al.*, 1999; Weitzner e McMillan, 1999).

1.2 Modalidades de tratamento

As estratégias de eleição no tratamento das neoplasias da cabeça e pescoço são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, podendo estas ser utilizadas individualmente ou de forma combinada, mediante as características do doente e da sua doença oncológica.

A cirurgia (Cx), associada à doença oncológica, pode ser caracterizada de diferentes formas, de acordo com o objetivo de tratamento: preventiva, diagnóstica (biópsia), curativa, paliativa, reconstrutora, entre outras, como a ressecção de metástases. As consequências na cavidade oral que podem surgir no doente com neoplasia da cabeça e pescoço são a mutilação com prejuízo funcional e estético. As deformidades na face estão associadas a uma desfiguração e obrigam o doente a uma readaptação por vezes difícil, exigindo uma nova aprendizagem, tal como a reabilitação física e psíquica integradas (Andrade, 2005; Assunção, 2004).

Mediante o objetivo cirúrgico e o órgão operado, diversas são as alterações que podem surgir. Relativamente à laringectomia parcial, haverá uma alteração na voz do doente ao passo que, na laringectomia total, o doente ficará sem voz e com alterações olfativas. Quando há remoção parcial ou total das glândulas salivares, haverá uma diminuição na produção de saliva, levando à xerostomia e, relativamente à glossectomia, também o paladar ficará alterado.

A radioterapia (RT) é um tratamento loco-regional que interfere no crescimento celular através das radiações ionizantes. Pode ser utilizada com intuito curativo ou paliativo e a sua duração depende do objetivo do tratamento, da radiosensibilidade do tumor e da associação com outros tratamentos (Monteiro, 2004).

Os efeitos colaterais deste tratamento dependem da região irradiada, do volume de tecido incluído, da dose de irradiação e de fatores individuais relativos à sensibilidade a esta modalidade de tratamento. Nos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço, os tecidos que são atingidos com maior frequência são a pele, o globo ocular, as mucosas bucal e faríngea e as glândulas salivares. Desta forma, podem assim surgir, como consequência deste tratamento, algumas alterações na cavidade oral, como a

mucosite, a candidíase, a disfagia, as alterações do paladar, as cáries por radiação, a osteorradionecrose e a xerostomia (Jham e Freire, 2006; Monteiro, 2004).

A quimioterapia (QT) consiste no emprego de substâncias químicas citotóxicas, isoladas ou em combinação, que destroem as neoplasias. Mediante o objetivo terapêutico, a QT pode ser neoadjuvante, adjuvante, curativa ou paliativa, sendo possível a sua administração por via endovenosa, oral, subcutânea, intramuscular ou intracavitária (Nunes, 2004).

São muitos os seus efeitos secundários, podendo passar por alterações hematopoiéticas (anemia, leucopenia, trombocitopenia), alterações infecciosas (como as estomatites, mucosites, faringites e esofagites), alterações metabólicas (como a hiperglicemia e a hipercalcemia), reações anafiláticas, náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, obstipação, disfunção reprodutiva e sexual, entre outras (Ibidem).

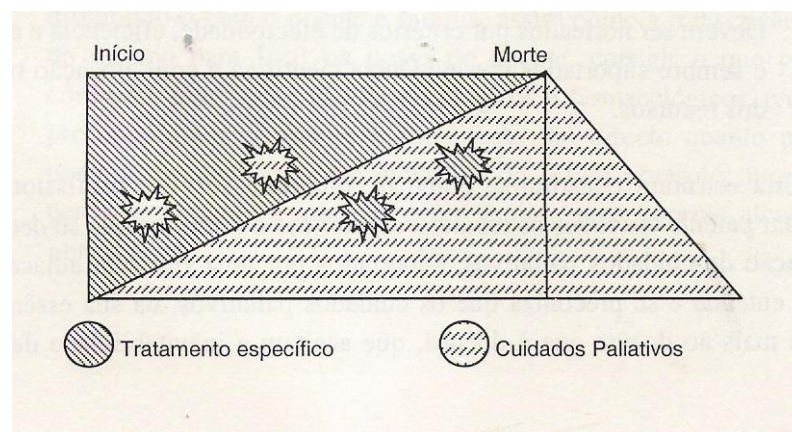
Dadas todas as alterações decorrentes dos tratamentos abordados e representando estes um papel muito importante no tratamento da doença oncológica da cabeça e pescoço, é fundamental o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre os efeitos destes tratamentos e quais as alterações que estão implicadas com piores perceções de QdV. Tal conhecimento permitirá avaliar necessidades e implementar intervenções que as previnam ou minimizem, com vista à promoção da QdV do doente.

Independentemente do objetivo terapêutico se focar na vertente curativa ou paliativa, atualmente a oferta de cuidados paliativos recai não só naqueles a quem se oferece a palição de sintomas, mas também em situações que, embora se tenha como objetivo terapêutico a cura, o recurso aos cuidados paliativos pode ser uma possibilidade. O seu campo de ação faz-se, assim, com base num conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença e não por uma especificidade de qualquer diagnóstico (Neto, 2010). A existência de momentos de sofrimento justifica a implementação deste tipo de cuidados quando prestados por profissionais. Quando este tipo de intervenções é exercida por profissionais não especializados nesta área, denominam-se de ações paliativas. A consultadoria de cuidados paliativos pode, assim, surgir em situações de difícil controlo de algum tipo de sintoma físico ou psicológico (Weissmen e Meier, 2011).

O *modelo cooperativo com intervenção nas crises* constitui, deste modo, o modelo mais adequado para a prestação de cuidados paliativos, uma vez que preconiza

uma permanente colaboração e articulação entre os dois modos de intervenção, curativa e paliativa, desde o início do processo de doença. Assim, os cuidados paliativos podem intervir numa fase de sofrimento (como por exemplo o descontrolo de algum sintoma) que possa ainda estar enquadrada dentro de objetivos centrados na vertente curativa (Capelas e Neto, 2010). A figura 1 ilustra esta cooperação de cuidados, ao longo do tempo, aparecendo a intervenção dos cuidados paliativos em situações de crise.

Figura 1 - Modelo cooperativo com intervenção nas crises



Desta forma, em cada momento poder-se-á responder adequadamente às necessidades dos doentes e família, sempre na busca do alívio do sofrimento e no incremento da QdV (Ibidem).

2. Principais alterações na cavidade oral no doente com neoplasia da cabeça e pescoço

O tipo de tratamento a que a pessoa com neoplasia da cabeça e pescoço fica submetida, bem como a localização do tumor em si, em estruturas essenciais para a concretização de atividades básicas e de socialização, induzem uma série de alterações que exigem à pessoa uma transição para a nova situação de saúde/doença à qual terá de se adaptar. O conhecimento do impacto das alterações da cavidade oral, sob o ponto de vista do doente, na sua percepção de QdV, constitui uma ferramenta imprescindível para que o profissional de saúde o auxilie neste processo de transição.

As alterações descritas como sendo as mais frequentes a que estas pessoas ficam submetidas, como consequência da doença e do tipo de tratamento oncológico instituído, são a xerostomia, a mucosite, a hemorragia, a osteorradionecrose, o trismo e as alterações do paladar, aparecendo estas em associação com sintomas como a dor, as infeções (particularmente a candidíase) e a disfagia (Caccelli e Rapoport, 2008; Siquiera *et al.*, 2009).

Todas estas alterações condicionam a saúde oral do indivíduo e, consequentemente, a sua função, havendo assim um compromisso de processos como a mastigação, a deglutição e a fonação, uma vez que, para que a função fonatória se realize é exigido que os lábios, a língua e a mucosa oral se apresentem hidratados e sem lesões dolorosas. Tais alterações levam, igualmente, a mudanças na imagem corporal e na autoestima (Engelbrecht e Merwe, 2007; Serrano, 2009).

Dada a presença de xerostomia, bem como a mucosite associada a dor, também o processo de mastigação poderá ficar alterado e comprometido, tornando-se difícil a alimentação para a pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço, contribuindo tal dificuldade para o compromisso do seu estado nutricional e, consequentemente, para a sua perda ponderal (Ingram *et al.*, 2005; Sieracki *et al.*, 2009). A desnutrição progressiva do doente acarreta igualmente graves consequências para a sua saúde, como o compromisso da função imune, a redução da resistência à doença, o aumento da morbilidade e da mortalidade, e o aumento de complicações e de efeitos colaterais do tratamento do cancro, como a cicatrização prejudicada de uma eventual ferida cirúrgica ou de lesões decorrentes dos tratamentos de QT e RT (Larsson, Hedelin e Athlin, 2003).

Os problemas com a alimentação (mastigação e deglutição comprometidas) constituem, deste modo, as piores experiências para os doentes com neoplasia da cabeça e pescoço após o diagnóstico da doença (Ibidem).

Comer é uma atividade social que permite a interação social e a confirmação da identidade de cada um. Não ser capaz de comer e de se juntar aos demais durante as refeições significa uma perda de união e resulta em sentimentos de isolamento social. Uma vez que toda a pessoa humana tem uma necessidade de conexão, de ligação e de interação com o outro, esse isolamento é, para a maioria das pessoas, muito desconfortável. Para além disso, a aparência física é importante para a identidade, sendo que tais alterações podem ter um impacto negativo sobre a imagem corporal do doente e, conseqüentemente, sobre a sua QdV (Dropkin, 2001).

A dúvida sobre o sucesso/insucesso do tratamento instituído cresce quando os problemas com as funções que condicionam o processo de alimentação surgem e se vão tornando cada vez mais evidentes, misturando-se a esperança com sentimentos de incerteza, constituindo-se este processo como um fenómeno complexo num contexto específico de cada doente. Para que se sintam seguros, é importante receber informação adequada e suficiente sobre os efeitos colaterais do tratamento e as suas conseqüências na vida diária. A necessidade de cada um destes doentes constitui uma oportunidade de desenvolvimento de intervenções de enfermagem que visem, não só o sucesso da resolução das alterações da cavidade oral, como também a garantia de um aporte nutricional adequado (Larsson, Hedelin e Athlin, 2003).

O impacto das alterações, que serão descritas de seguida, afeta, assim, as atividades de vida diárias da pessoa em causa (como o comer, o beber, a atividade laboral e as atividades sociais) condicionando deste modo a sua QdV (Kellicker e Schub, 2011). Torna-se, assim, essencial o conhecimento do impacto desta associação, bem como de cada alteração em si, de forma a minimizar os danos à pessoa portadora da neoplasia em questão e facilitar o seu processo de transição para a nova situação de saúde/doença (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2007).

2.1 Mucosite

Trata-se de uma inflamação da mucosa oral, que atinge frequentemente zonas não queratinizadas, como a superfície ventral e lateral da língua e a mucosa labial,

constituindo um conjunto de lesões que se caracterizam inicialmente por áreas esbranquiçadas, podendo evoluir para uma mucosa edemaciada e eritematosa e, por fim, ulcerada. Esta inflamação da mucosa oral desenvolve-se, assim, em quatro fases distintas: inflamatória, epitelial, ulcerativa e fase de cura (Benito, 2010).

A mucosite surge como resultado do tratamento de QT ou de RT a que o doente fica submetido, sendo que a associação de ambas as terapias potencia o risco de desenvolvimento e gravidade da mucosite (Garden, 2003; Rose-Ped *et al.*, 2002; Sieracki *et al.*, 2009). Dentro dos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço que recebem apenas RT, como esta é efetuada com elevadas doses de radiação, 85% a 100% destes doentes desenvolve mucosite (Peterson, 2006).

A presença de xerostomia, a inflamação das glândulas salivares (parotidite), o estado nutricional debilitado e uma higiene oral pobre contribuem, igualmente, para o desenvolvimento da mucosite (Kellicker e Schub, 2011). A presença de infeção por *candida albicans* constitui também um fator agravante para o seu desenvolvimento (Simões, Castro e Cazal, 2011; Teixeira, 2010). O aparecimento de mucosite pode ocorrer entre uma a duas semanas após o início do tratamento, persistindo até duas a quatro semanas após o seu término (Specht, 2002).

Desta forma, a mucosite limita a capacidade de mastigar e deglutir alimentos, alterando por isso a função oral e a ingestão nutricional da pessoa, contribuindo para a perda de peso, assim como coloca em causa a função social da alimentação (Armstrong e McCaffrey, 2006; Mañas *et al.*, 2009). A mucosite constitui, também, motivo de sofrimento pela dor que produz e pela diminuição da autoestima, por vezes associada, para além de dificultar a fonação e provocar alterações no paladar, afetando, assim, a QdV (Benito, 2010; Fisher *et al.*, 2003). Quando instalada, o objetivo do tratamento da mucosite passa pelo alívio sintomático, sendo essencial a implementação de protocolos, nomeadamente de analgesia, com vista à melhoria da QdV do doente (Armstrong e McCaffrey, 2006; Mañas *et al.*, 2009).

Devido a todas as morbilidades que causa na pessoa, a mucosite pode interferir no decurso do tratamento e contribuir para o aumento do tempo de internamento, bem como pode alterar o controlo local do tumor e, consequentemente, a sobrevida do doente (Elting *et al.*, 2003; Jham e Freire, 2006).

2.2 Candidíase

A infecção por *candida albicans* é frequente em doentes com neoplasia da cabeça e pescoço submetidos a tratamentos de RT ou de QT, afetando cerca de 55% deste grupo de doentes. Para além do tipo de tratamento, constituem como principais fatores de risco, para o desenvolvimento da candidíase, a xerostomia (também esta secundária ao tratamento), a má higiene oral, o uso do tabaco, de antibióticos, de corticosteroides, a má nutrição e a imunodeficiência (Cabrera e Buckley, 2011; Lopes *et al.*, 1998; Nicolatou-Galitis *et al.*, 2003). Esta infecção, tal como foi descrito anteriormente, constitui um fator agravante para o desenvolvimento da mucosite, comprometendo assim inúmeros aspetos que condicionam a QdV.

A prevenção da candidíase, através de uma boa higiene oral, torna-se, deste modo, essencial, como forma de prevenir o aparecimento de consequências que poderão colocar em causa a QdV da pessoa em questão (Cabrera e Buckley, 2011).

Quando já instalada, e dependendo da gravidade da infeção, o tratamento instituído pode ser realizado com antifúngicos tópicos (nistatina) ou sistémicos (Lopes, *et al.*, 1998).

2.3 Distúrbios do paladar e olfato

Os distúrbios do paladar são frequentes em doentes que recebem tratamentos de QT ou de RT, condicionando de forma negativa a sua QdV (Comeau, Epstein e Migas, 2001).

As alterações do paladar (*dysgeusia*) ou a diminuição deste (*ageusia*), assim como do olfato, podem ocorrer a partir da segunda ou terceira semana após o início do tratamento de RT, podendo a sua duração variar entre semanas a meses. Os distúrbios do paladar, resultantes do tratamento de QT, podem ocorrer imediatamente após o início do tratamento. Cerca de 70% dos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço em tratamento de RT apresentam perturbações a este nível, o que implica também a perda de apetite e de peso (Jham e Freire, 2006).

A diminuição ou alteração do paladar pode levar a que o doente sinta diferenças maiores nos sabores ácido e amargo, face ao doce e salgado, acarretando tal aspeto uma maior ingestão de açúcar e sal (Filho e Ferreira, 1991).

Relativamente à recuperação do paladar para níveis normais, esta pode ocorrer, no caso do tratamento de RT, de 60 a 120 dias após o seu término (Jham e Freire, 2006).

2.4 Cárie de radiação

Doentes submetidos ao tratamento de QT ou de RT constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de cáries dentárias. O principal fator para o desenvolvimento de tais lesões prende-se com as alterações na quantidade e/ou qualidade da saliva, existindo, por isso, um decréscimo da ação antibacteriana que esta leva a cabo. Nos doentes submetidos a tratamentos de RT, a radiação contribui para a descalcificação dentária, potenciando, assim, o risco de desenvolvimento de cárie (Jham e Freire, 2006).

A prevenção é essencial, através de bochechos diários com fluoreto de sódio a 1% e de uma higiene oral adequada. Quando já instalada, o tratamento odontológico restaurador é o procedimento mais adequado (Lopes *et al.*, 1998).

2.5 Xerostomia

A saliva constitui o elemento chave da homeostasia oral, da função oral e da manutenção da saúde oral, uma vez que está envolvida em diversas funções como o paladar, a mastigação, a deglutição, a digestão, o controlo microbiano, a voz e a articulação da fala (Guiglia *et al.*, 2010).

No entanto, os tratamentos de QT e de RT podem potenciar o desenvolvimento de alterações da saliva, quer quantitativas, quer qualitativas. No que respeita à RT, as glândulas salivares recebem frequentemente uma elevada dose de radiação, resultando tal aspeto na redução da produção de saliva e numa alteração da sua composição (Rij *et al.*, 2008). Mediante a quantidade de radiação utilizada no tratamento, a xerostomia pode ser transitória (três a seis meses) ou permanente, aparecendo entre duas a três semanas após o início do tratamento e tornando-se cada vez mais intensa ao longo deste (Filho e Ferreira, 1991; Larsson, Hedelin e Athlin, 2003).

A xerostomia constitui assim uma alteração extremamente comum que afeta significativamente a QdV de forma negativa, pelo que o doente que a apresenta pode experimentar sentimentos de preocupação, tensão, elevados níveis de ansiedade ou

depressão (Baker, Pankhurst e Robinson, 2007; Dirix *et al.*, 2008). A xerostomia muitas vezes pode ser grave e debilitante com diversos sintomas que podem incluir lesões nos lábios, uma sensação de sede insaciável, dor, sensação de ardor, alteração do paladar e redução da capacidade para falar, mastigar, deglutir e dormir, comprometendo assim o estado nutricional do doente (Baker, Pankhurst e Robinson, 2007). A ela associam-se igualmente várias complicações, nomeadamente cáries dentárias, infeções (candidíase) e dificuldade no uso de próteses dentárias (Guggenheimer e Moore, 2003).

Trata-se, portanto, de uma alteração com um efeito devastador e debilitante, uma vez que afeta diversos domínios do bem-estar da pessoa (Folke *et al.*, 2009).

A educação da pessoa que corre o risco de a desenvolver é essencial para a prevenção das diversas consequências, graves, que esta alteração acarreta. Geralmente, pode ser tratada por meio de uso de estimulantes mecânicos/gustativos, substitutos de saliva ou agentes sistémicos (Porter, Scully e Hegarty, 2004). A saliva artificial, pastas dentífricas, colutórios adequados, pastilhas elásticas sem açúcar e lubrificantes da mucosa oral são algumas das terapêuticas utilizadas no sentido de minimizar a sensação de boca seca (Santos e Teixeira, 2011).

2.6 Trismo

Trata-se de uma consequência crónica da irradiação excessiva dos músculos da mastigação e da articulação tempero-mandibular, caracterizando-se por espasmos musculares tónicos e pela dificuldade de abertura da boca por comprometimento da função mandibular. Constituem fatores de risco para o seu aparecimento, as neoplasias da cavidade oral e da orofaringe que envolvem os músculos da mastigação e da articulação temperomandibular, assim como a irradiação destas estruturas, através de tratamentos de RT/QT, apresentando uma incidência que varia entre 5-47% entre os doentes com neoplasia da cabeça e pescoço (Jeremic *et al.*, 2011; Johnson *et al.*, 2010).

O comprometimento da abertura da boca leva, assim, ao compromisso da higiene oral, bem como de atividades como comer, beber e falar, potenciando o aparecimento de xerostomia, afetando, deste modo, a QdV (Barañano *et al.*, 2011; Weber *et al.*, 2010). No entanto, são ainda poucos os estudos que se debruçam sobre o impacto do trismo na perceção de QdV (Bensadoun *et al.*, 2010).

A realização de exercícios de abertura dos maxilares, quando estes estão incluídos no campo de irradiação, constitui uma forma de prevenção do seu aparecimento ou, quando já presente, do seu controlo (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2007).

2.7 Osteorradioneecrose

Trata-se da necrose isquémica do osso decorrente da sua exposição prolongada, por períodos superiores a 3 meses, a altas radiações que compõem o tratamento de RT. A mandíbula é um dos ossos mais afetado, resultando esta alteração em dor, fístulas orais ou cutâneas, dificuldade no processo de mastigação e trismo, podendo evoluir, nos casos mais graves, para fratura patológica do osso afetado. A sua incidência é de aproximadamente 40%, nos doentes submetidos a RT por tumores da cabeça e pescoço, ocorrendo nos três primeiros anos após este tratamento (Curi e Kowalski, 2003, Guiglia *et al.*, 2010; Lôbo e Martins, 2009).

As radiações diminuem o potencial de vascularização dos tecidos, pelo que a hipóxia resultante põe em risco a atividade celular. Com a alteração dos vasos, o fluxo sanguíneo diminui, condicionando o aporte nutricional e as células de defesa, causando assim a degeneração da estrutura óssea (Grimaldi *et al.*, 2005).

Para além de aspetos relacionados com a RT (dose, fracionamento e número de sessões), vários são os restantes fatores que podem potenciar o seu aparecimento, nomeadamente a má higiene oral, o abuso de álcool e tabaco, as extrações dentárias após o tratamento, a associação da RT com a QT, a imunodeficiência e fatores nutricionais. Os doentes com dentição completa ou incompleta apresentam uma maior probabilidade de desenvolver esta alteração, comparativamente com aqueles que não possuem dentição (Guiglia *et al.*, 2010; Kornusky e Cabrera, 2011).

A ORN trata-se, assim, de uma complicação grave e de difícil tratamento, condicionando a QdV da pessoa. O cumprimento de medidas protocolares antes, durante e após o tratamento de RT previne e minimiza o aparecimento desta complicação (Vieira, 2005).

2.8 Mutilação

As intervenções cirúrgicas no doente com neoplasia da cabeça e pescoço resultam geralmente em alterações e limitações graves na fonação e na deglutição, dependendo do tipo de cirurgia, e em deformidades no contorno facial.

A face, sendo a parte mais visível do corpo, torna-se o primeiro meio de comunicação, de identificação e de expressão de emoções. As alterações nela provocadas, devido ao tratamento cirúrgico, podem acarretar um impacto considerável nas interações sociais e no bem-estar emocional da pessoa em causa, comprometendo assim a sua QdV (Bowers, 2008; Callanhan, 2004). Relativamente às limitações da fonação, como a inteligibilidade da fala, esta foi relacionada diretamente com a QdV, pelo que, doentes com maior dificuldade em expressar-se oralmente, têm pior QdV (Schliephake *et al.*, 1998). Também a mutilação está relacionada, de forma negativa, com o desempenho funcional (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009).

Após a cirurgia, muitos são os doentes que experienciam dificuldades na aceitação do seu estado de saúde, assim como alterações na sua imagem corporal, necessitando de apoio emocional e psicológico. O esclarecimento do tipo de cirurgia e das suas implicações, no momento pré-operatório, bem como o apoio emocional prestado no pós-operatório, a par do desenvolvimento de estratégias para a adaptação à nova situação de saúde/doença, são essenciais para o bem-estar da pessoa (Furness, 2005).

Também a presença de feridas malignas e as tumefações correspondentes ao crescimento tumoral alteram o desenho inicial da face da pessoa, correspondendo também a outros tipos de mutilação.

Todas as alterações descritas, para além de constituírem uma forma de comprometer a dimensão física e funcional do doente (como a fonação, a mastigação e a deglutição), exercem também impacto sobre a componente psicológica, social e espiritual do mesmo, sendo imprescindível a criação de condições para uma transição saudável à nova situação de saúde/doença, tendo em consideração todas as dimensões da pessoa, considerando-a, deste modo, um ser holístico.

3. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

A Qualidade de Vida (QdV) é um conceito amplo que adquire diferentes significados para diferentes pessoas, dependendo do contexto em que é aplicada. Desta forma, existem dois grandes tipos de QdV com relação de complementaridade entre si: a QdV e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) (Kaasa e Loge, 2003).

Segundo a OMS, a QdV define-se como sendo a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida e no contexto da cultura e valores em que está inserido, e a sua relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se, portanto, de um conceito amplo, incorporado de forma complexa na saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação deste com o meio ambiente (WHO, 1998).

Quando aplicada num contexto de saúde, esta define-se como QdVRS. Este é um conceito multidimensional que traduz o bem-estar do doente nas vertentes física, psicológica e social e que envolve tanto fatores objetivos, que incluem a funcionalidade, a competência cognitiva e a sua interação com o meio, como subjetivos, uma vez que depende da sua percepção individual, crenças, sentimentos e expectativas. Consiste ainda num conceito dinâmico, uma vez que é passível de sofrer mudanças ao longo do tempo e depende das modificações no próprio indivíduo e de todos os aspetos que o rodeiam (Albert *et al.*, 2002).

A QdVRS constitui-se, assim, como sendo uma parte da QdV geral do indivíduo, incorporando, desta forma, as componentes da QdV que se relacionam com a saúde, nomeadamente os sintomas produzidos pela doença ou pelo tratamento, a funcionalidade física e os aspetos psicológicos, sociais, cognitivos, familiares, laborais e económicos, influenciando-se todos estes aspetos de forma mútua (Devi, 2011; Fialka-Moser *et al.*, 2003).

O conceito fundamental de QdVRS baseia-se, assim, na perspetiva e prioridades individuais de cada doente, uma vez que os domínios importantes que determinam a QdV da pessoa em causa são diferentes de outra e podem até mesmo mudar com a progressão da doença (Stiel *et al.*, 2011). As opiniões pessoais sobre o estado de saúde de cada um, são influenciadas pela orientação cultural dos sujeitos e a sua visão sobre o

que constitui a doença, variando o seu impacto com a idade, o grau de escolaridade e as tradições culturais (Farquhar, 1995; López *et al.*, 1997).

A QdV na saúde coloca, deste modo, a sua centralidade na capacidade de viver sem doença ou, neste caso, de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbilidade consequentes da mesma. As equipas de saúde atuam, assim, no âmbito em que podem influenciar diretamente esta condição de saúde/doença, intervindo sobre o seu agravamento e sobre as suas consequências, ou para evitar ou minimizar as dependências e desconfortos que podem emergir (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Desta forma, o estudo da QdVRS constitui um objetivo no tratamento e no cuidar de pessoas com doenças crónicas e incuráveis, neste caso o cancro, e deve ser considerada como objetivo principal neste tipo de doenças, uma vez que auxilia a equipa de saúde a melhorar os cuidados prestados à pessoa, avaliando a eficácia do seu trabalho, bem como os resultados das intervenções implementadas, tornando-se a sua medição num ato clínico fundamental ao longo das diversas fases da doença. Esta avaliação permite, assim, otimizar os cuidados prestados, facilitar a comunicação entre a equipa de saúde e o doente em questão, identificar problemas com prioridade de resolução e de acordo com as preferências do doente, contribuindo para a revisão de cuidados e seu aperfeiçoamento no futuro, assim como incentivar à reflexão de novas respostas face às necessidades que causam maior desconforto na pessoa em causa (Andrade, 2005; Ferreira e Pinto, 2008; Kazi, Sayed e Dwivedi, 2010). Para além disso, as medidas de QdV permitem o rastreio de eventuais problemas não visíveis, possibilitam a partilha da tomada de decisão clínica e a monitorização das alterações de saúde ou das respostas a tratamentos (Higginson e Carr, 2001).

Todas estas razões, principalmente aquelas cuja natureza recai sobre a avaliação da eficácia das medidas terapêuticas implementadas ou o resultado das intervenções desenvolvidas, remetem para uma questão económica. Uma vez que nem todas as doenças podem ser curadas ou submetidas a tratamentos que prolonguem significativamente a vida, os profissionais de saúde devem escolher tratar o doente para que mais possa beneficiar não só em quantidade mas, sobretudo em qualidade, dos anos de vida restantes (Pimentel, 2006).

Uma vez que a QdVRS reflete a perceção que o doente tem da sua vida com a doença, os cuidados podem assim ser personalizados de acordo com as preferências e preocupações prioritárias do doente. Dado o seu carácter subjetivo e por corresponder a

um atributo pessoal, a sua avaliação deverá ser efetuada pelo próprio doente, visto ser este mesmo a fonte mais apropriada para fornecer informação acerca da sua perceção de QdV (Pimentel, 2006). Torna-se portanto essencial, durante o processo de tomada de decisão em saúde, ter em conta a perceção do doente, assim como os seus desejos e motivações (Schwartzmann, 2003).

A avaliação dos resultados da QdV constitui um importante e imprescindível recurso que deverá ser considerado no processo de tomada de decisão das medidas terapêuticas a serem implementadas, assim como no incremento do envolvimento do doente no seu regime terapêutico, com vista à prestação do melhor cuidado de saúde (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006; Campolina e Ciconelli, 2006; Rogers *et al.*, 2004; Zachariae e Bech, 2008).

O aumento da incidência de neoplasias associadas a uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipa multidisciplinar, redobrados esforços na compreensão da necessidade de inclusão de instrumentos para medir a QdV dos doentes que dela padecem (Deitos e Gaspary, 1997).

Desta forma, a QdV pode ser medida, existindo para tal uma série de instrumentos com o objetivo final de proceder à sua avaliação de forma quantitativa. Estes mesmos instrumentos caracterizam-se como sendo multidimensionais, uma vez que apresentam vários domínios de medição, como o *status* funcional, os sintomas físicos (como a dor, a náusea e os vómitos), os problemas psicossociais (nomeadamente as relações sociais e as preocupações profissionais ou financeiras) e a espiritualidade (Granda-Cameron *et al.*, 2008). Perante a diversidade de instrumentos passíveis de aplicação, o investigador, mediante os objetivos que detém, deverá proceder à sua escolha de acordo com a direção de avaliação que esse instrumento toma.

Medir e avaliar a QdV trata-se, portanto, de um ato importante e, sob o ponto de vista dos doentes, uma avaliação imprescindível. Tal aspeto foi demonstrado por um estudo que procurou avaliar as perspetivas do doente com neoplasia da cabeça e pescoço face à utilidade da aplicação dos diversos questionários de QdV em comunicar os seus problemas de saúde e qual deles seria o seu preferido. Para tal, foram avaliados os questionários WQLQ (Washington Quality of Life Questionnaire), o AQLQ (Auckland Quality of Life Questionnaire), o EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) e o FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy Scale Questionnaire). Este estudo verificou que a maioria dos doentes (60%)

vê a utilização destes questionários como um método útil de comunicação com a sua equipa de saúde e uma ferramenta importante na deteção dos seus problemas de saúde, mencionando ainda que os considera de fácil compreensão. Verificou-se igualmente que o tamanho dos diversos questionários não parece pôr em causa a sua utilidade, podendo ficar a cargo do profissional de saúde a escolha do questionário em função dos seus objetivos de avaliação, dado terem sido todos considerados úteis e de fácil compreensão. Verifica-se, assim, que os doentes consideram este tipo de instrumento imprescindível na descrição do seu estado de saúde para a equipa (Mehanna e Morton, 2006a).

Verifica-se, no entanto, que a maioria dos profissionais de saúde não usa uma medida de QdV de forma rotineira, uma vez que consideram os instrumentos longos e com nenhum benefício comprovado para o tratamento clínico. A maioria, ainda assim, refere que usaria um instrumento de medida da QdV, especialmente se fosse um questionário curto e de utilização rápida (Mehanna e Morton, 2006b). Apesar de, nos doentes oncológicos da cabeça e pescoço, a avaliação da QdV constituir um parâmetro de avaliação essencial no planeamento de cuidados, dadas todas as morbilidades associadas à doença e ao tratamento instituído, esta não constitui, porém, ser prática comum em Portugal (Silveira *et al.*, 2009).

Tais questões devem ser esclarecidas e deverá ser encontrada uma forma de motivar os profissionais para a utilização de instrumentos de medida da QdV. No IPOFG do Porto, neste momento, na especialidade de cabeça e pescoço, já foi introduzida a aplicação sistemática do questionário da EORTC nestes doentes e em diversas fases do seu tratamento. Poderá ser este o princípio da expansão da utilização destes instrumentos para outras áreas da mesma especialidade, com vista à melhoria e ao alcance de cuidados de saúde de excelência direcionados às necessidades que são realmente prioritárias e importantes para a pessoa que é alvo de tratamentos tão agressivos.

Compreender e avaliar a QdV e relacioná-la com as diversas alterações da cavidade oral que pode apresentar, constitui um instrumento fundamental no planeamento de cuidados à boca, bem como na triagem das alterações que têm maior impacto a nível físico, psicológico e social.

O melhor conhecimento das condições e fatores relevantes para a QdV do doente com neoplasia da cabeça e pescoço, pode, assim, representar um indicador da

eficácia dos cuidados prestados, bem como constituir um ponto de partida para a mudança de estratégias na intervenção em saúde (Santos, 2006).

Torna-se, portanto, necessário o desenvolvimento de investigação que permita estabelecer níveis de conhecimento úteis para uma compreensão mais refinada da saúde das populações e o modo como a atuação dos profissionais de saúde influencia a sua QdV (López, Mejía e Espinar, 1996).

4. Estado do conhecimento científico sobre a temática

O estudo da QdV e das diversas componentes que a determinam nos doentes de cabeça e pescoço tem sido crescente nos últimos anos. Tendo em conta os objetivos principais a cumprir com o tratamento a instituir, que são a sobrevivência e a melhoria da QdV destes doentes, muitas são as dimensões que ficam comprometidas com a doença em si e com o tratamento escolhido, sendo a investigação uma ferramenta crucial com vista à efetividade no cumprimento destes objetivos.

Trata-se, portanto, de uma população, como já foi relatado anteriormente, que sofre de um vasto número de sintomas físicos, de problemas ligados com a dieta e a alimentação, a fonação, o estado geral, as dificuldades de relacionamento com o parceiro, nomeadamente distúrbios a nível sexual, e outros que fazem parte do seu núcleo social, como a perda de trabalho, a redução salarial, a sensação de inutilidade, assim como a depressão, a irritabilidade, as alterações na imagem corporal e a diminuição da autoestima, potenciando todos estes aspetos um impacto negativo na vida diária do doente (Babin *et al.*, 2008). Procurar a forma como cada um destes domínios afeta a QdV do doente e dentro da perspetiva deste descobrir as suas prioridades, constitui um desafio com vista à melhoria do seu conforto e bem-estar.

Neste capítulo será, assim, feita uma revisão dos estudos de investigação realizados dentro da temática em causa, estando organizado de acordo com as variáveis que a evidência científica tem demonstrado relação com a QdV e com as alterações da cavidade oral.

4.1 Dados sociodemográficos

O sexo feminino e a idade avançada são considerados fatores preditores na alteração da QdVRS, embora esta problemática constitua uma área de debate (Graeff *et al.*, 2000; Lee-Preston *et al.*, 2004).

Um estudo longitudinal visou analisar a perceção de QdV de doentes com neoplasia da cavidade oral, faringe e laringe, tratados cirurgicamente, de acordo com a sua idade. Conclui-se que, quer antes do tratamento, quer três meses após a sua realização, não houve diferenças na perceção da QdV, bem como nas complicações na cavidade oral, tanto no grupo de doentes mais novos (45-60 anos), como no grupo de

doentes mais velhos (> 70 anos). Já outro estudo relata melhor QdV em doentes com idade superior a 65 anos, em comparação com doentes com idade igual ou inferior a 65 anos (Wooddard, Oplatek e Petruzelli, 2007).

No que respeita ao género, um estudo realizado em doentes submetidos a laringectomia total visou verificar as diferenças entre homens e mulheres relativamente à sua perceção de QdVRS bem como as suas habilidades funcionais após a cirurgia. Verificou-se que a maioria significativa das mulheres vivia só e tinha mudado de emprego após a cirurgia, sendo que os homens apresentavam um *status* global de saúde e uma QdV significativamente superior relativamente às mulheres, assim como nas dimensões da função física, emocional, cognitiva e social. Conclui-se, assim, que após uma laringectomia total, as mulheres são mais afetadas negativamente na sua QdV relativamente aos homens, sendo mais vulneráveis nos domínios da função emocional e social (Lee, Gibson e Hilari, 2010).

Um outro estudo realizado em doentes submetidos a cirurgia e cirurgia reconstrutiva verificou também que as mulheres, em comparação com os homens, referiram menos satisfação com a sua aparência no período pré-operatório (Liu, 2008).

4.2 Estado socioeconómico

Verifica-se através da análise efetuada que as pessoas casadas, que não vivem sós e que estão empregadas, apresentam melhores índices de QdV e de sobrevivência (Long *et al.*, 1996). Relativamente à satisfação com a aparência pessoal, num estudo realizado em doentes tratados cirurgicamente, verificou-se que este domínio que se pretendia avaliar não mostrou associação com o estatuto profissional (Liu, 2008).

No que respeita ao nível económico e educacional, aqueles que possuem mais habilitações literárias e que pertencem a classes sociais mais altas tendem a possuir uma melhor QdV (Duffy *et al.*, 2002).

Constata-se, desta forma, que doentes com maior *status* social, cultural, económico e nível de escolaridade mais elevado revelam mais capacidade em lidar com a doença e as suas consequências, apresentando, assim, estratégias de *coping* mais eficazes. Já aqueles que possuem menores índices de educação e menor *status* social, económico e cultural, tendem a estar menos direcionados a aceitar a mudança. Muitos deles ficam incapacitados após o diagnóstico e o tratamento facilita a perda de trabalho,

diminuindo o rendimento doméstico, o que resulta numa redução da QdV (Vartanian *et al.*, 2006)

4.3 Hábitos tabágicos e alcoólicos

A influência dos hábitos tabágicos e alcoólicos sobre a QdV constitui uma área controversa. No que respeita ao consumo de álcool, o impacto deste hábito é variável, podendo influenciar de forma positiva a QdV ou ter efeitos negativos sobre esta (Allison, 2002; Vartanian *et al.*, 2006).

Um estudo que teve como objetivo avaliar a relação entre o consumo de álcool e a QdVRS no período pós-operatório de doentes com neoplasia da cabeça e pescoço verificou que o consumo de bebidas alcoólicas foi associado com um funcionamento significativamente melhor na dimensão física e melhor QdVRS global, além de estes doentes referirem menos dor, fadiga, problemas de deglutição, xerostomia e sensação de doença (Allison, 2002).

Um outro estudo, com o mesmo objetivo, verificou que o consumo de álcool não foi associado com melhor perceção de QdV. No entanto, foi associado com uma melhor função oral, o que, por sua vez, constitui um preditor de melhor QdV (Potash *et al.*, 2002).

Relativamente ao impacto do uso do tabaco sobre a QdV em doentes com neoplasia da cabeça e pescoço, um estudo verificou que fumar após o tratamento pode influenciar negativamente uma vasta gama de parâmetros de QdV. Aqueles que cessaram o consumo de tabaco apresentaram melhor QdV do que os doentes que continuaram a fumar após o tratamento, sugerindo este estudo que a cessação do tabagismo pode melhorar a QdV, além de reduzir o risco de recidiva tumoral (Jensen, Jensen e Grau, 2007). No entanto, Araújo, Padilha e Baldisserotto (2009) verificaram que os doentes fumadores apresentaram melhor QdV geral relativamente aos que não fumam, apesar de apresentarem pior nível funcional e mais sintomas, nomeadamente a dor.

A manutenção de hábitos que são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias da cabeça e pescoço podem influir de forma negativa no tratamento oncológico (Ibidem).

Os enfermeiros de oncologia estão numa posição privilegiada para avaliar a dificuldade da cessação tabágica por parte dos doentes e assim motivar o seu envolvimento nestes mesmos programas, com vista a melhorar a sua QdV, reduzir o risco de recidiva e aumentar a taxa de sobrevivência desta população.

A dificuldade de abandono da dependência percebida constitui o preditor mais forte de participação num programa de cessação tabágica, ou seja, as pessoas com elevada percepção de autoeficácia têm maior probabilidade de se associar a estes programas. Verifica-se, igualmente, que os doentes com neoplasia da laringe e aqueles que foram submetidos a laringectomia estão mais motivados para abandonar os seus hábitos tabágicos. Constata-se, também, que um elevado nível de escolaridade está associado a uma maior participação em programas deste tipo. É de salientar que os doentes diagnosticados com esta patologia e que fumam são altamente dependentes da nicotina, necessitando, por isso, de um plano de cessação tabágica mais agressivo (Duffy *et al.*, 2010).

4.4 Traqueostomia

A presença de traqueostomia permanente/temporária constitui também tema de debate, não havendo consenso nos resultados dos estudos encontrados.

Um estudo realizado em doentes com neoplasia da laringe submetidos a tratamento cirúrgico, nomeadamente corpectomia, laringectomia parcial ou laringectomia total, verificou que aqueles que apresentam traqueotomia permanente têm pior adaptação no domínio psicossocial do que aqueles que não a apresentam, tendo concluído igualmente que a QdV dos sujeitos que não apresentam traqueostoma é melhor, comparativamente com aqueles que o apresentam (Méndez, Bouzas e Gonzales-Botas, 2000).

Já outro estudo, também realizado em doentes com neoplasia da laringe tratados cirurgicamente, verifica que, de facto, a presença de um estoma permanente reduz o grau de adaptação do doente à sua nova situação, mas não constitui um elemento crucial e significativo na avaliação da QdV (Ferriol *et al.*, 2005).

Gonçalves, por sua vez, em 2011, verificou que o tempo decorrido após a realização da cirurgia influencia de forma significativa a percepção de QdV e a satisfação com a comunicação, tendo igualmente verificado que aqueles que possuem

traqueostomia definitiva apresentam melhor satisfação das necessidades básicas de vida comparativamente com aqueles que apresentam traqueostomia temporária.

Um outro estudo de investigação, com o mesmo objetivo, não encontrou diferenças significativas entre doentes com traqueotomia permanente ou temporária, não havendo igualmente, em ambos os grupos, uma alteração marcada na sua QdV após o tratamento (Blanco e Botas-González, 2011).

4.5 Tipo de alimentação

Os tratamentos a que o doente com neoplasia da cabeça e pescoço fica submetido comprometem o estado nutricional deste, ao alterarem funções como a mastigação e a deglutição. A malnutrição pode mesmo levar a interrupções no tratamento, comprometendo, assim, o controlo tumoral, pelo que, por outro lado, um suporte nutricional adequado pode mesmo reduzir as complicações associadas ao tipo de tratamento instituído (Lees, 1997). Recorrer à alimentação entérica, torna-se, assim, a melhor alternativa com vista a preservar o estado nutricional do doente durante os tratamentos de QT e RT.

A proporção de doentes que recebe alimentação entérica pode variar entre 60 a 100%, podendo esta ser administrada por sonda nasogástrica (SNG) ou por gastrostomia, nomeadamente por PEG (gastrostomia endoscópica percutânea). A utilização desta última via de alimentação tem crescido, dada a sua fácil disponibilidade e por apresentar poucas complicações. No entanto, a presença prolongada de PEG pode ter efeitos negativos no processo de deglutição (Mekhail *et al.*, 2001; Nguyen *et al.*, 2006). A este tipo de alimentação associam-se, igualmente, outro tipo de complicações, como o vômito, a diarreia, a obstipação, a náusea, assim como estão patentes os riscos de aspiração, de obstrução do tubo, de infeções, de hemorragia e de extravasamento no local peri-estoma (Terrell *et al.*, 2004). Ainda assim, verifica-se que as indicações para a sua colocação estão mal definidas, apesar de existir uma experiência substancial no seu uso nestes doentes (Paleri e Patterson, 2010).

Um estudo procurou examinar os fatores associados com a inserção de PEG e as implicações que o uso desta tem sobre a QdV e sobre os resultados funcionais em doentes que recebem tratamento de QT e RT. Este estudo verificou que a inserção de PEG no primeiro mês de tratamento foi associado a menor queda no índice de massa

corporal. As mudanças no índice de massa corporal foram relacionadas com dificuldades na fala e deglutição. A utilização de PEG num período de tempo mais longo esteve relacionada com um pior desempenho funcional, problemas na deglutição, na fala e na QdV. Este estudo conclui, assim, que a inserção precoce da PEG e a curta duração da sua utilização estão associados a valores de QdV mais favoráveis (Morton *et al.*, 2009).

Uma revisão sistemática da literatura visou, igualmente, perceber o papel do uso da PEG em doentes com neoplasia da cabeça e pescoço e a sua influência na QdV, tendo verificado também que a sua presença tem um impacto negativo na QdV do doente (Paleri e Patterson, 2010). Estes doentes referem menos prazer com os aspetos sociais relacionados com o ato de comer, para além da presença de um tubo para alimentação constituir um fator, visível, que convida o doente a reviver constantemente o seu processo de doença, apresentando resultados mais baixos na avaliação da função social e no nível emocional (Terrell *et al.*, 2004).

4.6 Dentição e uso de prótese dentária

As pessoas com dentição totalmente ausente e que não usam prótese dentária estariam mais preparadas para enfrentar os transtornos decorrentes do tratamento a que foram submetidas, devido à superação de problemas anteriores, como a adaptação às perdas dentárias (Allison, Locker e Feine, 1999). Ainda assim, um estudo que se debruçou na avaliação da QdV em doentes que necessitavam de prótese dentária demonstrou que não houve relações estatisticamente significativas entre a QdV e a escala funcional, nos grupos que necessitavam ou não de prótese. No entanto, foi possível verificar que o grupo de doentes que necessita de próteses apresentou piores avaliações no desempenho funcional e na função social (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009).

4.7 Efeitos da doença: localização anatómica tumoral e estadio tumoral

Mediante a localização anatómica tumoral, diversas são as funções que ao órgão e região afetados poderão estar comprometidas. As funções afetadas irão, assim, diferir mediante a zona que padece da instalação do tumor e do tratamento a que a pessoa em

causa fica submetida. Desta forma, consoante a área afetada, poderão ser distintas as avaliações das diversas dimensões que compõem a monitorização da QdV. Dada esta questão, o impacto da localização e do estadió tumoral sobre a QdVRS constitui uma fonte de controvérsia. Importa, assim, salientar que mediante a localização tumoral, diferentes funções poderão ser afetadas embora o resultado final da QdV possa ser semelhante, sendo de grande interesse proceder, a este nível, à avaliação das diferentes dimensões que compõem a avaliação global da QdV. Uma vez que, tanto os efeitos da neoplasia em si como o seu tratamento não são uniformes dentro do largo espectro de neoplasias da cabeça e pescoço, torna-se igualmente importante a separação dos tumores por diferentes zonas para proceder a uma análise correta dos dados.

De acordo com a pesquisa efetuada, os doentes com neoplasia da orofaringe ou hipofaringe e os doentes com neoplasia da cavidade oral apresentam piores resultados na escala relativa à habilidade em comer, comparativamente com doentes com neoplasia da laringe. Em contraste, as pontuações na escala de discurso, para as três primeiras localizações tumorais referidas, são melhores do que naqueles que apresentam neoplasia da laringe (Terrell *et al.*, 2004).

Em doentes com neoplasia da faringe submetidos a RT ou QT, verifica-se que os que apresentam tumor na orofaringe relatam melhor QdV do que os que apresentam tumor na hipofaringe (Nordgren *et al.*, 2006). Cabe perceber, no entanto, e de forma crítica, que aspetos sustentam esta hipótese, procurando, assim, os fatores que compõem a possibilidade de a neoplasia da hipofaringe poder ser um preditor de pior QdV.

No que respeita à dor, os doentes com neoplasia da cavidade oral reportam-se a este sintoma como sendo mais acentuado e agressivo do que aqueles com neoplasia da laringe. Relativamente à mastigação e à função social do ato de comer, doentes com neoplasia da nasofaringe apresentam maior compromisso a este nível. Tanto os doentes com neoplasia da nasofaringe como aqueles que apresentam neoplasia da laringe referem altos níveis de disfunção da fala, comparativamente com os que possuem neoplasia na cavidade oral (Bower *et al.*, 2010).

A glossectomia total, bem como laringectomia total, têm um impacto significativo na QdV do doente, afetando-a de forma negativa. Verifica-se que os doentes, após serem submetidos a este tipo de cirurgias, são muito sensíveis à reação daqueles que os rodeiam, relativamente à sua aparência física e às alterações inerentes à sua forma de comer e falar. Desta forma, a fala, bem como a aceitação e suporte por

parte daqueles que rodeiam o doente e fazem parte do seu núcleo social, parecem ser os fatores protetores de QdV mais importantes (Engelbrecht e Merwe, 2007).

Um estudo realizado no Brasil que visou avaliar a QdV de doentes com neoplasia da cavidade oral submetidos a tratamentos de RT e/ou cirurgia, verificou que aqueles que apresentavam tumores de dimensões maiores e na porção posterior da boca apresentaram pior QdV (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006).

Em relação ao estadió tumoral e sua influência na QdV, também este tema constitui fonte de controvérsia. Verifica-se, assim, que apresentam pior QdV aqueles que possuem neoplasias em estádios avançados, devido a um aumento da gravidade dos sintomas (Hammerlid *et al.*, 2001; Zandonai *et al.*, 2010). Já Terrell e seus colaboradores (2004), não verificaram qualquer associação entre o estadió tumoral com qualquer uma das escalas que compõe a QdV.

Embora seja presumível que a doença em estadió avançado apresente mais sintomas, cause maior disfunção e, conseqüentemente, se relacione com pior QdV, isto pode ser verdadeiro para um indivíduo, mas não reflete a realidade num grupo heterogéneo de doentes. Mesmo que uma relação entre o estadió e a QdV possa ser estabelecida em amostras maiores, não deve ser desprezada a grande variação individual, pois doentes com doença em estadió semelhante podem valorizar de forma diferente os seus sintomas e as suas limitações (Amar *et al.*, 2002).

4.8 Tempo após o início e término do tratamento

Tanto a percepção da QdV como as alterações da cavidade oral tendem a apresentar variações ao longo do tempo após o início do tratamento instituído.

Um estudo longitudinal que visou comparar a percepção de QdV de doentes com neoplasia da cavidade oral, faringe e laringe, antes e três meses após a realização da cirurgia, verificou que os doentes classificam a QdV como sendo pior, na maioria dos aspetos que compõem a sua avaliação, três meses após o ato cirúrgico em comparação com a avaliação efetuada antes do início do tratamento (Derks, 2003).

Esta conclusão vai ao encontro de um estudo realizado em doentes com neoplasia da cavidade oral submetidos a tratamentos de RT e/ou cirurgia em que a sua QdV foi classificada como sendo pior após o início do tratamento, comparativamente com o momento que antecede o seu começo. Ainda assim, este estudo verifica que, com

o decorrer do tempo, o doente tende a retomar os níveis de QdV que possuía antes de ser submetido a qualquer um dos dois tratamentos (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006).

Num estudo realizado com dois doentes submetidos a glossectomia total, cujas entrevistas foram efetuadas, num deles, seis semanas após a cirurgia e, no outro, sete anos após a cirurgia, relativamente à avaliação que faziam da sua QdV, o primeiro referiu que esta tinha decrescido drasticamente após a cirurgia, enquanto que o segundo referiu que a sua QdV melhorou com o tempo, tendo-se adaptado às alterações consequentes da cirurgia. Conclui-se, assim, com este estudo, que o tempo pode constituir um fator contributivo na adaptação do doente às alterações físicas e funcionais decorrentes do tratamento instituído (Engelbrecht e Merwe, 2007).

O momento da avaliação da QdV também influencia os resultados, observando-se um decréscimo da QdV imediatamente após o tratamento, com retorno a valores basais (pré-tratamento) após um intervalo de aproximadamente seis meses (Amar *et al.*, 2002).

Alguns estudos verificam que, num período de seis a doze meses de pós-tratamento, as pontuações da QdV retornam ou ainda são superiores às do pré-tratamento (Murry *et al.*, 1998; Terrell *et al.*, 2004).

No que respeita à variação das alterações da cavidade oral ao longo do tempo, um estudo que visou avaliar a condição odontológica de doentes submetidos apenas a RT ou a RT conjugada com a cirurgia, antes do seu início, durante e 180 dias após, verificou que as complicações, como a dermatite, a mucosite, as alterações do paladar e a disfagia cresceram em proporção a partir da segunda semana de tratamento até à sua conclusão, decrescendo visivelmente após o seu término, chegando próximo dos valores basais após 180 dias. Quanto à xerostomia, a sua redução verificou-se mais lentamente e com menor efetividade. O acompanhamento odontológico sistemático destes doentes com medidas preventivas é assim fundamental para a promoção de melhores condições de saúde. Estas mesmas medidas passam pelas orientações de higienização, utilização de bochechos com água com bicarbonato, com chá de camomila e aplicação tópica de flúor (Ccardoso *et al.*, 2005). Salienta-se ainda que, nos doentes com neoplasia da faringe submetidos a RT ou QT, se verifica que a xerostomia e os problemas com os dentes pioram com o decorrer do tempo (Nordgren *et al.*, 2006).

Relativamente ao tipo de tratamento, os doentes que recebem tratamentos de RT experimentam alterações a nível oral desde o início até ao fim do tratamento,

mencionando que a sua QdV diminui ao longo do seu curso. No caso da QT, a incidência de alterações da cavidade oral aumenta de forma significativa após uma a duas semanas do início do tratamento, diminuindo após este período. Relativamente à sua relação com a QdV, neste estudo não houve menção a qualquer alteração desta ao longo do tratamento (Öhrn e Sjöden, 2003).

Desta forma, verifica-se que o tempo constitui um elemento imprescindível na adaptação do doente à nova situação de saúde/doença, estando esta variável dependente do sucesso das intervenções implementadas durante este período de transição.

4.9 Efeitos do tratamento

As modalidades de tratamento a que o doente com neoplasia da cabeça e pescoço fica submetido acarretam consequências ao nível da função oral, respiratória e fonatória, condicionando a sua QdVRS. Mediante o tratamento adotado, quer seja ele mono, bi ou tridimensional, através da cirurgia, QT e/ou RT, e mediante a localização anatómica onde incidirão, diferentes poderão ser as alterações da cavidade oral, assim como poderão existir diferenças na perceção da QdV e nos diversos domínios de avaliação que a compõem. Salienta-se, assim, que estas variações dependem igualmente do estadio da doença (no caso de tumores avançados, o tratamento sugerido será potencialmente mais agressivo o que acarretará consequências mais limitadoras), assim como dependem da localização tumoral e dos órgãos e funções inerentes a essa região.

A avaliação da QdV deverá, assim, ter em conta estas variáveis (tipo de tratamento, estadio e localização tumoral), devendo ter-se igualmente em consideração o tipo de relações que se estabelece entre elas, uma vez que se influenciam mutuamente.

Num estudo que visou comparar as habilidades para comer e beber em doentes que recebem tratamentos de QT ou RT, verificou-se que a maioria daqueles que receberam tratamentos de RT, relativamente aos restantes, experimentou mais problemas a este nível, apesar de lhes terem sido proporcionadas visitas ao dentista e de lhes ter sido dada informação sobre as complicações deste tratamento na cavidade oral e sobre os procedimentos de higiene oral mais adequados (Öhrn e Sjöden, 2003).

Aqueles que são submetidos a tratamentos de RT e/ou QT referem deterioração da deglutição três meses após o início destes tratamentos, comparativamente com o

momento anterior à sua implementação. Ao fim de um ano desde o início do tratamento, os doentes tratados com baixas doses de RT referem menos disfagia do que aqueles que receberam altas doses de RT ou RT combinada com QT (Wilson, Carding e Patterson, 2011).

Outro estudo realizado com doentes submetidos a altas doses de RT, verificou que a maior parte destes apresentou morbilidades ao nível da mucosa oral e nas glândulas salivares, sendo que estas morbilidades conduziram a sintomas como a perda de apetite, a mais frequente, seguida pela fadiga e pela dor. O aumento destes sintomas levou, consequentemente, a um declínio significativo nas dimensões física, social e emocional (Bansal *et al.*, 2004).

Um estudo realizado em doentes com neoplasia na cavidade oral submetidos a tratamentos de RT e/ou cirurgia, verificou que, relativamente à sua perceção de QdV, a mastigação foi o item com pior avaliação e maior proporção de queixas, seguida de dificuldades na deglutição, dor e xerostomia (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006).

A xerostomia constitui, geralmente, a complicação mais citada e mais prevalente nos sobreviventes que efetuam RT, havendo uma correlação com a dose média administrada nas glândulas parótidas e nas salivares menores (Wan Leung *et al.*, 2011). Esta alteração tende a melhorar ao longo do tempo após a RT, embora não regresse aos níveis basais anteriores ao seu estabelecimento (Braam *et al.*, 2007). A tosse, problemas relacionados com o ato de comer, saliva espessa e dificuldades no contacto social podem constituir preditores significativos de xerostomia (Bower *et al.*, 2010).

Verifica-se, assim, que os doentes que recebem tratamentos de RT apresentam um risco extremo de desenvolver problemas relacionados com a alimentação, nomeadamente através do compromisso de funções como a mastigação e a deglutição, sendo urgente a incorporação de intervenções que visem a manutenção do *status* nutricional no plano terapêutico (Larsson, Hedelin e Athlin, 2003). Os problemas com a boca e os dentes, que tornam difícil a alimentação, estão associados com piores avaliações de QdV, pior saúde emocional, baixos níveis de capacidade funcional e maiores índices de dor relativamente àqueles que não sofrem destes problemas (Ingram, S. *et al.*, 2005).

Doentes com neoplasia avançada da cabeça e pescoço submetidos a QT apresentam, também, diminuição da capacidade de deglutição, mostrando, igualmente, uma diminuição da QdV durante o decorrer do tratamento (Murry *et al.*, 1998). Os

efeitos laterais da QT influenciam-na negativamente, sendo a escala dos sintomas a que apresenta pior cotação, principalmente os itens relativos à insónia, seguida da dor e da fadiga (Sawadam *et al.*, 2009).

A mucosite surge como resultado do tratamento de QT ou RT a que o doente fica submetido, sendo que a associação de ambas as terapias potencia ainda mais o risco de desenvolvimento e gravidade da mucosite do que quando utilizadas isoladamente (Garden, 2003; Rose-Ped *et al.*, 2002; Sieracki *et al.*, 2009). Dentro dos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço que recebem apenas RT, como esta é efetuada com elevadas doses de radiação, 85% a 100% destes desenvolve mucosite (Peterson, 2006).

Um estudo realizado com doentes portadores de carcinoma das células escamosas da cavidade oral visou estudar a dor orofacial destes, comparando dois grupos de doentes: doentes submetidos a tratamento cirúrgico há um mês e doentes submetidos a RT cuja conclusão tinha ocorrido há um mês. Os resultados mostraram que ambos os grupos de doentes relataram dor orofacial moderada ao longo do tempo, sendo que, quando comparados entre si, os doentes submetidos a tratamento cirúrgico demonstram dor orofacial e angústia psicológica significativamente maiores. Verificou-se, igualmente, que a idade avançada, dificuldade em comer, dificuldade na fala e depressão foram preditores significativos de dor orofacial. Este estudo conclui ainda que a reabilitação oral e o treino de exercícios de relaxamento podem reduzir a dor orofacial nesta população de doentes (Chen, Liao e Chang, 2011).

Durante os tratamentos de QT e RT é, assim, essencial observar, de forma regular, a cavidade oral no sentido de detetar precocemente sinais ou sintomas que podem vir a causar desconfortos, de forma a prevenir a sua progressão. Não há, por isso, razões aceitáveis que permitam ao doente sofrer com problemas orais que podem ser potencialmente reduzidos ou até mesmo prevenidos. Para além disso, a equipa de saúde que segue o doente deve referenciá-lo para consultas de medicina dentária antes de o doente começar qualquer tratamento de QT ou RT, devendo igualmente a cavidade oral destes ser observada e vigiada pela equipa de enfermagem, durante o período de implementação dos tratamentos, a par de uma adequada informação sobre as potenciais complicações da cavidade oral, bem como instrução sobre os cuidados de higiene (Öhrn e Sjöden, 2003).

Relativamente ao tratamento cirúrgico, o estudo sobre a laringectomia parcial/total constitui a área com maior investimento na procura da forma como esta

incide e influencia o conforto e QdV do doente que a ela é submetido, sendo possível encontrar igualmente várias análises sobre as diferentes componentes que influenciam e fazem parte do estudo global da QdV.

Podem encontrar-se várias revisões da literatura onde se atribui uma pior percepção de QdV a doentes submetidos a laringectomia total, comparativamente com aqueles que sofreram uma cirurgia parcial (Alicikus *et al.*, 2009; Hammerlid *et al.*; 1998). Uma vez que estes últimos se apresentam em estadios mais precoces da sua doença e sequelas menos traumáticas, será de esperar que os aspetos emocionais, sociais, fonatórios e respiratórios tenham uma evolução mais favorável (Trivedi *et al.*, 2008).

Um estudo que visou comparar a QdV em doentes submetidos aos dois tipos de cirurgia enunciados, verificou que aqueles que foram submetidos a laringectomia total classificaram a sua QdV como sendo pior comparativamente com aqueles que foram submetidos a laringectomia parcial. Embora submetidos a cirurgias diferentes, ambos os grupos demonstraram dificuldades maiores nos mesmos níveis: fala e deglutição. Os laringectomizados totais apresentaram piores resultados ao nível da dimensão social, muito possivelmente devido à presença de traqueostomia. Observou-se, também, que os aspetos psicossociais foram os mais acometidos e os aspetos relacionados com o comer e o falar não foram necessariamente associados com a diminuição da QdV. Verificou-se, igualmente, que o tipo de voz empregue, nos laringectomizados totais, não teve relação com melhor ou pior QdV. Os doentes submetidos a laringectomia total encontravam-se, também, mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão, comparativamente com aqueles que foram submetidos a terapia de radiação ou que preservaram o órgão (Braz *et al.*, 2005).

Outro estudo verifica que, em doentes com neoplasia da laringe submetidos a tratamento cirúrgico, estes apresentam menor satisfação com a sua atividade laboral depois da cirurgia, sendo que aqueles que foram submetidos a laringectomia parcial e total são os que apresentam pior adaptação a este nível, relativamente àqueles que foram submetidos a cordectomia (Méndez, Bouzas e Gonzales-Botas, 2000). A perda da voz não constitui, contudo, um elemento que determine significativamente uma má adaptação à nova condição de vida ou uma pobre QdV. Este mesmo estudo verifica que, independentemente do tipo de tratamento aplicado a estes doentes, a ausência de suporte social e familiar tem um impacto negativo na sua QdV (Ferriol *et al.*, 2005).

Os doentes submetidos a laringectomia total com alteração na autopercepção da desvantagem vocal apresentam pior QdV relativamente àqueles com uma autopercepção eficaz (Barros *et al.*, 2007). As alterações na fonação têm, assim, um impacto na QdV, pelo que aqueles que sofrem menos complicações a este nível apresentam melhor QdV (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009).

Outro estudo, transversal, realizado com doentes com indicação para laringectomia total como primeira modalidade de tratamento com ou sem RT adjuvante, verificou que a QdV dos doentes avaliados, de uma maneira geral, é prejudicada pela neoplasia, pelos tratamentos realizados anteriormente e pela expectativa da realização da laringectomia total, classificando-a como má ou muito má (47,4% da amostra). Os domínios de QdV mais afetados foram a ansiedade, a fala e o humor. Além disso, a perda do emprego, o isolamento social e as alterações na voz foram, segundo o relato dos doentes, as principais mudanças decorrentes da doença (Lima, Barbosa e Sougey, 2011). Relativamente à realização de esvaziamento cervical, verifica-se igualmente que, durante os três meses que sucedem a alta hospitalar, aqueles que apresentam níveis baixos de escolaridade e que são solteiros apresentam piores índices de QdV. Este mesmo estudo concluiu que é possível identificar grupos de doentes propensos a apresentar uma percepção de QdV mais baixa e direccionar, assim, os planos de reabilitação de forma específica aos grupos mais vulneráveis (Brink *et al.*, 2006).

Tendo em conta os aspetos abordados, os doentes com indicação para laringectomia parcial devem ser informados sobre a realização de uma traqueotomia temporária, dependendo da extensão da cirurgia, e sobre a disfagia e disfonia que se espera que venha a ocorrer em diferentes níveis. No caso do laringectomizado total, o impacto sobre a comunicação pode ser, de certa forma, minimizado pela linguagem gestual ou pela escrita, pelo que estas formas de comunicação podem atenuar o impacto negativo que a ausência de voz pode causar. Desta forma, a comunicação através de gestos ou da escrita podem ser considerados tão satisfatórios como a comunicação oral (Braz *et al.*, 2005).

No que respeita à xerostomia, os doentes que se submeteram a laringectomia total apresentam piores resultados a este nível, comparativamente com a laringectomia parcial. Tal dado pode ser explicado pelo facto de a maioria destes doentes ter sido submetida a RT, sendo a xerostomia uma consequência esperada deste tipo de

tratamento (Braz *et al.*, 2005). Importa ainda salientar que nestas situações, de remoção da laringe, há uma redução severa do olfato e, naqueles que são submetidos a remoção parcial/total da língua ou glândulas salivares, existem alterações no paladar (Dam *et al.*, 1999).

Um outro estudo realizado em doentes submetidos a laringectomia e faringolaringectomia total teve como objetivo avaliar as características da deglutição nestes doentes e relacionar esse aspeto com a sua QdV. Neste estudo, apenas 21,4% dos doentes referiram disfagia, tendo sido todos eles submetidos a RT. Este grupo de doentes alimentava-se por via alternativa à via oral ou com restrições na consistência dos alimentos. Apesar de apenas 21,4% dos doentes referir disfagia, através da avaliação videofluoroscópica da deglutição verificou-se que 64,3% apresentava disfagia. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de, provavelmente, o doente priorizar a cura da doença e talvez por isso subvalorizar alguns aspetos secundários como a deglutição. Relativamente ao impacto desta alteração na QdV, os doentes que referiram queixas na deglutição apresentavam pior QdV, em comparação com os casos de deglutição funcional, apresentando também menores pontuações nas escalas de avaliação da duração da alimentação e na função social (Queija *et al.*, 2009).

Um estudo prospetivo em doentes com neoplasia da cavidade oral e orofaringe submetidos a cirurgia de reconstrução, visou avaliar a sua QdV em três momentos distintos: antes da cirurgia, seis meses e doze meses após a cirurgia. Verificou-se que a QdV se manteve estável ao longo do tempo, sendo que os resultados relativos ao funcionamento social se deterioraram após o tratamento, tendo havido um aumento das dificuldades ao nível da fala, da vertente social relacionada com o ato de comer, do trismo e dos problemas salivares, que aumentaram significativamente no período pós-operatório, constituindo-se estes como sendo os aspetos mais incidentes nesta amostra. Conclui-se, deste modo que, apesar de haver algum comprometimento funcional, a QdV global é preservada após a reconstrução seguida de uma extensa cirurgia ablativa em doentes com neoplasia da cavidade oral e da orofaringe (Bozec *et al.*, 2009).

A mutilação, nomeadamente a mutilação pós-cirúrgica, como é o caso da laringectomia total ou da glossectomia, por exemplo, constituem uma alteração que tem impacto na QdV, afetando negativamente os domínios do desempenho funcional, da náusea, do vômito e da perda de apetite (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009).

Também a ordem de início/fim de cada tratamento pode determinar diferenças no tipo de problemas e alterações que podem surgir. Assim, verifica-se que, quando a RT precede a cirurgia, há um impacto significativamente maior na fala comparativamente com as situações em que a cirurgia se efetua antes dos tratamentos de RT (Bower, 2010).

Um estudo qualitativo que visou procurar, na perspetiva do doente, quais as áreas de mudanças e de desafios na alteração do seu estilo de vida, após o tratamento de RT/cirurgia, identificou os seguintes resultados: mudanças físicas, preocupações sobre a doença, trabalho e tarefas diárias, relações interpessoais e atividade social. Foram igualmente relatadas outras duas dimensões, nomeadamente os atributos pessoais que poderiam influenciar as estratégias de *coping* a adotar no período pós-tratamento e a necessidade de informação neste mesmo período. Todas as consequências físicas provocadas pelo tratamento podem, de uma forma direta ou indireta, causar dano, quer na dimensão social, como no bem-estar a nível psicológico (Semple *et al.*, 2008).

Esta abordagem qualitativa sobre os desafios com que este grupo de doentes se depara após a realização dos tratamentos determina que todas as mudanças que estes implicam não devem ser vistas como aspetos unitários, mas sim devem ser consideradas no contexto biopsicosocial do doente, de forma a atender às suas necessidades numa vertente holística (Ibidem).

Um estudo realizado em doentes sujeitos a excisão de tumor cirurgicamente e a microcirurgia reconstrutiva visou examinar as mudanças de satisfação com a aparência e a situação de trabalho após o tratamento descrito. Verificou-se que, comparativamente com a condição física que apresentavam no período pré-operatório, a satisfação com a sua aparência diminuiu de forma significativa com a realização da cirurgia, mesmo após a cirurgia reconstrutiva, sendo que 35,8% dos doentes que se encontravam empregados no período pré-operatório mudaram de emprego após o ato cirúrgico, uma vez que sentiam desconforto devido à sua aparência física. Ainda assim, 10,3% dos doentes sentiu-se satisfeito com a sua aparência após a cirurgia reconstrutiva.

Relativamente às modalidades de tratamento, este estudo verificou que os pacientes que receberam mais modalidades de tratamento relataram maior discrepância na satisfação com a aparência pessoal, concluindo, desta forma, que os tipos e a duração do tratamento podem afetar os níveis de satisfação dos pacientes com tumor de cabeça e pescoço (Liu, 2008). Verifica-se, igualmente, que a QdV se revela pior, em todos os

seus domínios, nas situações de terapia combinada, comparativamente com as modalidades de monoterapia (Bower *et al.*, 2010).

Um estudo realizado com doentes com neoplasia da cavidade oral submetidos a tratamentos de RT e/ou cirurgia verificou que aqueles que foram tratados com cirurgia e RT apresentaram significativamente piores avaliações de QdV. No entanto, esta observação pode ser uma manifestação da fase da doença, não estando relacionada apenas com o tratamento. O desenho do estudo apresentado não permite a conclusão de que a cirurgia associada à RT efetivamente contribuem para uma pior QdV. Não obstante, esta observação é consistente com diversos estudos e destaca flutuações de níveis de QdV dependendo do tipo de tratamento e da fase de doença (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006).

Já o estudo realizado por Méndez, Bouzas e Gonzales-Botas (2000), em doentes com neoplasia da laringe submetidos a cirurgia, verificou que aqueles que receberam RT pós-operatória tinham pior adaptação à nova situação de doença do que aqueles que não a receberam.

Um estudo com doentes em monoterapia ou terapia combinada verificou que, apesar do resultado global da QdV não ser afetado de forma significativa, os resultados nas escalas de sintomas, como a mastigação, o contacto social, a xerostomia e o trismo foram afetados de forma negativa naqueles que foram submetidos a terapia combinada (Tschudi, Stoeckli e Schmid, 2003). Também De Graeff e seus colaboradores, em 1999, verificaram que não houve diferença na QdV entre os doentes submetidos apenas a cirurgia e os doentes que tiveram como linha de tratamento a cirurgia e a RT. Contudo, estes últimos tiveram piores pontuações para os sintomas físicos tanto seis meses como doze meses após o término do tratamento. Neste estudo foi também possível verificar que os diferentes estádios da doença não apresentaram diferença significativa na QdV.

Ainda assim, um estudo transversal em doentes submetidos a RT ou QT após cirurgia, verificou que a localização tumoral e a modalidade de tratamento são os fatores que mais afetam a QdV dos doentes. A localização tumoral é um fator significativo que afeta as dimensões física, social, cognitiva e funcional. A modalidade de tratamento, causa um impacto significativo nas dimensões física e cognitiva e a QdV global é muito afetada pelo estadio da doença. Verificou-se que a terapia combinada esteve associada com níveis elevados nas escalas de sintomas (Alicikus *et al.*, 2009).

Um estudo longitudinal prospetivo em doentes com carcinoma oral, submetidos a tratamentos de RT ou cirurgia, avaliou a QdV destes no momento do diagnóstico, um ano após e cinco anos após. Verificou-se que os problemas com os dentes e a xerostomia pioraram ao longo do tempo nos doentes submetidos a RT. Aqueles tratados unicamente com cirurgia, referiram menos problemas com o decorrer do tempo, pelo que o tratamento combinado resulta num agravamento marcado dos efeitos laterais inerentes a este. Verificou-se, igualmente, que resultados elevados no domínio funcional e baixos resultados nos itens únicos e de avaliação de sintomas na consulta de follow-up de um ano, parece prever uma elevada taxa de sobrevivência nos cinco anos após o tratamento (Nordgren *et al.*, 2008).

No que respeita a doentes submetidos a glossectomia parcial e a relação desta cirurgia com a QdV, um estudo verificou que a maioria dos doentes, 71,8%, caracterizou a sua QdV como boa, tendo sido a deglutição, a fala e a xerostomia os problemas mais citados nos últimos sete dias. Por outro lado, os grupos com reconstrução, esvaziamento cervical, complicações pós-operatórias e submetidos também a tratamentos de RT demonstraram uma redução significativa da QdV (Kasi *et al.*, 2008).

Outro estudo, longitudinal, procurou avaliar a QdV em doentes tratados cirurgicamente, parcial ou radicalmente, com carcinoma da laringe, hipofaringe ou orofaringe. Concluiu-se que não existem diferenças significativas no estado geral de ambos os grupos, sendo que o maior número de alterações se produziu ao nível funcional. Não se encontraram, igualmente, entre ambos os grupos, grandes diferenças de problemas de deglutição e de sentimento de doença, apresentando ambos problemas evidentes de fonação (Blanco e Botas-González, 2011).

No que respeita à reabilitação e o seu impacto na QdV, um estudo longitudinal visou avaliar o impacto da reabilitação e da modificação cirúrgica na QdV durante o período pós-operatório em doentes submetidos a um programa de reabilitação concebido para o esvaziamento cervical. Os resultados revelaram que a ressecção do esternocleidomastóideo e do nervo acessório espinhal resultaram em queda do ombro. A diminuição do nível de disseção e a preservação destes reduz, de forma significativa, vários sintomas sensoriais do pescoço, tais como a dor, a rigidez, a dormência e a constrição, contribuindo para uma melhor função do ombro. Verificou-se que os programas de reabilitação pós-operatória tiveram um efeito significativo na capacidade

de abdução do braço, em particular quando, tanto o músculo como o nervo, foram ressecados. Este estudo demonstrou, assim, que a reabilitação, contribuiu para a melhoria da QdV no período pós-operatório em doentes submetidos a esvaziamento cervical (Nibu *et al.*, 2010).

Verifica-se, assim, que, apesar de os diferentes tipos de tratamento a que o doente com neoplasia da cabeça e pescoço é submetido poderem gerar prognósticos semelhantes, os resultados na QdV dos doentes podem ser diversos (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009).

Em síntese, verifica-se com a análise efetuada, que as alterações da cavidade oral são semelhantes em doentes submetidos a RT ou QT, sendo que, o tratamento combinado potencia um maior número e maior gravidade de alterações. No caso da monoterapia, doses elevadas correspondem igualmente a uma maior severidade de problemas na cavidade oral. A xerostomia constitui a complicação mais prevalente decorrente do tratamento de RT. A dor pode ser um indicativo de existência de neoplasia da cavidade oral, sendo que a idade avançada, a dificuldade em comer e falar e a depressão constituem, por sua vez, preditores da existência de dor.

É possível observar que a localização tumoral e a modalidade de tratamento são fatores que afetam a QdV, também ela afetada pelo estadio da doença. É possível, assim, verificar que o tratamento combinado afeta mais a QdV, em todos os seus domínios, comparativamente com os esquemas de monoterapia, aspeto este que pode estar relacionado com a fase da doença, o que justifica a adoção de uma modalidade de tratamento mais agressiva.

Relativamente ao tratamento cirúrgico, é possível denotar que a satisfação com a aparência diminui no período pós-operatório e, quando associado a outras modalidades de tratamento, existe uma maior discrepância com a satisfação na aparência. Ainda assim, aqueles que são tratados exclusivamente com cirurgia têm menos problemas com o decorrer do tempo do que aqueles tratados com RT. Dentro das diversas modalidades cirúrgicas, os doentes submetidos a glossectomia parcial referem como principais problemas a deglutição, a fala e a xerostomia. No que respeita à laringectomia, os que são submetidos a esta cirurgia de forma total referem pior QdV do que os submetidos a cirurgia parcial, sendo que ambos apresentam dificuldades na fala e na deglutição, referindo, igualmente, pior satisfação laboral do que aqueles que são submetidos a

cordectomia. Nos doentes submetidos a laringectomia total, aqueles que apresentam níveis baixos de escolaridade e que são solteiros referem pior QdV, verificando-se também que a perda de voz não constitui, por si, só um elemento que determina uma má QdV.

Conclui-se também que resultados mais elevados no domínio funcional da avaliação da QdV e resultados mais baixos no domínio dos sintomas parecem prever elevadas taxas de sobrevivência, sendo que os sobreviventes referem também melhor QdV.

4.10 Preditores de Qualidade de Vida

São diversas as variáveis que, decorrentes da análise efetuada em vários estudos nos últimos anos, constituem preditores de QdV. Verifica-se, assim, que são vários os fatores que podem ser utilizados para identificar doentes com risco de desenvolver reduções na sua perceção de QdVRS, para além de, através destes mesmos preditores, tornar-se mais fácil para a equipa de saúde prescrever intervenções mais direcionadas para aqueles que potencialmente podem vir a apresentar piores índices de QdV, atuando assim de uma forma mais efetiva e preventiva.

Um estudo que teve como objetivo avaliar a prevalência e influência da desnutrição (perda involuntária de peso maior ou igual a 5% nos últimos três meses) na QdV antes do início do tratamento, verificou que 36% já se encontravam desnutridos nesta fase. Verificou-se, igualmente, que os resultados nas escalas da fadiga, da perda de apetite e das náuseas e vômitos foram piores nos doentes desnutridos (Capuano *et al.*, 2010). Outro estudo, com o mesmo objetivo de avaliação nos períodos pré, peri e após o tratamento, verificou que a perda de peso foi relacionada com a diminuição do bem-estar físico e bem-estar funcional, influenciando este aspeto negativamente a QdV (Head *et al.*, 2011). Esta forte associação, verificada em ambos os estudos, suporta a importância dos esforços para prevenir a perda de peso através da educação do doente, de um acompanhamento exaustivo e de uma intervenção imediata para parar ou reverter a perda de peso durante o tratamento, sugerindo, assim, que o suporte nutricional precoce e intensivo pode reduzir a perda de peso, antes, durante e após o término do tratamento, melhorando assim a QdV (Ibidem).

No que respeita à dor, um estudo com o objetivo de comparar a sensibilidade à dor em grupos de doentes com mucosa oral normal, doentes com indícios sugestivos de cancro oral e doentes recém-diagnosticados com cancro oral, verificou que a dor oral, e que é agravada durante o desempenho da função oral, pode constituir um preditor de existência de neoplasia na cavidade oral. A triagem de doentes que apresentam dor orofacial pode, deste modo, levar a um diagnóstico precoce de cancro de cabeça e pescoço ressecável e pode melhorar a QdV e a sobrevida destes doentes (Lam e Schidt, 2011).

Um estudo transversal realizado com doentes seguidos em ambulatório com diagnóstico há mais de seis meses e submetidos a tratamentos de QT ou RT, verificou que os doentes que se alimentavam por gastrostomia e aqueles que tinham sido submetidos a tratamentos de RT apresentam índices mais baixos de QdVRS (Rogers *et al.*, 2009).

Uma revisão da literatura com estudos desde 1982 até 2008 permitiu fornecer evidências para uma relação positiva entre a QdV e a duração da sobrevivência destes doentes. A avaliação da QdV antes do início dos tratamentos permite recolher informação com vista ao estabelecimento de critérios de prognóstico para o tratamento a que os doentes serão submetidos. No entanto, são diversos os estudos que não concluíram qualquer relação entre estes dois aspetos (Montazeri, 2009). Fang e seus colaboradores, em 2004, embora não tenham obtido uma relação entre a QdV e a sobrevivência, verificaram que a fadiga é um preditor significativo de sobrevivência, tendo constatado que um aumento nos resultados da fadiga de dez pontos corresponde a uma redução de 17% na probabilidade de sobrevivência em doentes tratados com RT (Fang, 2004; Montazeri, 2009).

As taxas de prevalência de depressão são elevadas no momento do diagnóstico, durante o tratamento e nos primeiros seis meses após o seu término, sendo que pode persistir, de forma leve a moderada, durante três a seis anos após o diagnóstico. Determinadas características demográficas, como o estado civil e as habilitações literárias, assim como os sintomas e o tempo de tratamento, estão relacionadas com a depressão. Variáveis específicas no momento do diagnóstico, como a depressão, podem prever a depressão em momentos posteriores. Por conseguinte, elevados níveis de depressão estão associados com baixos índices de QdV (Haisfield-Wolfe *et al.*, 2009). A depressão constitui uma doença frequente nos doentes com neoplasia e, para além de

interferir na QdV, pode também afetar o sistema imunológico, favorecendo a recidiva da doença (Amar *et al.*, 2002).

O género feminino, o estadio tumoral avançado e a combinação de tratamentos estão associados com mais problemas sintomáticos e pior QdVRS (Graeff *et al.*, 2000). Para além do tipo de RT utilizada, o estado socioeconómico, as co morbilidades associadas à doença e ao tratamento e a localização tumoral são também preditores significativos da QdVRS (Wan Leung *et al.*, 2011).

A presença de alimentação por via entérica constitui o fator com maior impacto negativo na QdV, seguida da presença de co morbilidades, de traqueotomia, o tipo de laringectomia, os tratamentos de QT, a disseção cervical e a RT. Também a idade, o nível de educação, o sexo e o estado civil constituem importantes preditores de QdV. Relativamente a cada um destes pontos, a laringectomia total apresenta uma significativa associação negativa com a escala de função social e com a escala relativa à fala; o facto de ter sido submetido a esvaziamento cervical, está associado com uma baixa avaliação no domínio funcional; ter sido submetido a QT tem uma associação negativa com o domínio funcional, físico e com a dor, e a RT apresenta uma associação negativa com a escala relativa à habilidade de comer, ao passo que a cirurgia se associa negativamente com a fala (Terrell *et al.*, 2004).

As mulheres têm piores resultados na avaliação da QdV comparativamente com os homens. Também a idade avançada e o desemprego predizem uma avaliação global da QdV pobre. Já pessoas com estado socioeconómico elevado e com nível educacional elevado, empregados, casados, que não vivam sós e sem co morbilidades associadas à sua patologia, tendem a apresentar melhores níveis de QdV (Ibidem).

Os profissionais de saúde devem assim considerar o impacto dos diversos tipos de tratamentos na QdV quando discutem as suas diversas opções com os doentes (Ibidem).

Doentes com perda de peso acentuada, fadiga e com um prejuízo da sua performance física, com inabilidade para mastigar e deglutir e com perceção do stress apresentam com maior probabilidade um declínio funcional, estando este fator relacionado com um decréscimo da sua QdV e, conseqüentemente, com um aumento dos custos com os cuidados de saúde. O declínio funcional, estando relacionado com os aspetos abordados, constitui, assim, um preditor em saúde nos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço (Silver *et al.*, 2010).

A própria avaliação da QdV, prévia ao tratamento, pode constituir um indicador de prognóstico relevante para os doentes com neoplasia da cabeça e pescoço (Amar *et al.*, 2002). No período de doze a vinte e quatro meses após o tratamento, os problemas da fala, da mastigação e da dor são, provavelmente, os fatores que mais determinam o bem-estar geral (Morton e Izzard, 2003).

Em síntese, é possível verificar que são diversos os fatores que podem predizer e alertar para a possibilidade de desenvolvimento de uma QdV insatisfatória, sendo eles: a desnutrição, a alimentação por via entérica, a fadiga, a depressão, os tratamentos de RT, a duração do tratamento instituído, a dor, bem como diversas características demográficas, como o género feminino, o estado socioeconómico baixo, o facto de se viver só e a presença de comorbilidades associadas à patologia.

5. Transição: conceito central da enfermagem

O ciclo de vida individual é composto por uma panóplia de problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam na vida. Este movimento constitui a mudança, o processo ou o resultado que se desencadeia na direção dos padrões vitais fundamentais do ser humano. Esta mudança, que ocorre a nível individual ou familiar, designa-se de transição (Zagonel, 1999).

Todas as transições, independentemente do seu tipo, exigem, por parte do indivíduo, a necessidade de adaptação à sua nova situação.

A adaptação é, assim, um processo em que os membros da família se esforçam no sentido de dar resposta aos estímulos excessivos dos fatores de *stress*, esgotando, para tal fim, recursos e promovendo alterações sistemáticas com o objetivo de adquirir maior estabilidade funcional e maior satisfação (Santos, 2004). A adaptação decorre da própria transição, pelo que a adaptação fica estabelecida quando o indivíduo deixa de ter preocupação com a transição, integrando-a na sua vida (Fonseca, 2004).

Uma vez que a transição designa a passagem de um estado, condição ou de um lugar para outro, as pessoas que a experimentam tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, pelo que a sua saúde e bem-estar podem ficar afetados. Todas estas mudanças na condição de saúde, nas relações, nas expectativas ou nas habilidades requerem novos conhecimentos e a modificação de comportamentos (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, 2007).

As condições que potenciam o processo de transição são essencialmente de três tipos: a desenvolvimental, a situacional e a de saúde-doença. Todas elas podem gerar instabilidade, produzindo efeitos negativos e alterações profundas no indivíduo, quer sejam passageiras ou permanentes (Zagonel, 1999). A transição, independentemente do seu tipo, afeta de forma diferente os indivíduos que a experimentam, pelo que os significados atribuídos às transições variam consoante a pessoa em causa, sendo, por isso, influenciada por fatores pessoais e, também, ambientais (Murphy, 1990; Schumacher e Meleis, 1994). Assim sendo, a transição constitui um conjunto de acontecimentos que pressupõe uma reorganização, por parte do indivíduo que a experiencia, com vista a atingir novamente o equilíbrio, sendo por isso um processo que requer tempo.

Desta forma, a transição constitui um conceito central para a enfermagem, uma vez que, sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo passa com os indivíduos que vivem transições, é este profissional que tem a possibilidade de ajudar a pessoa na vivência das transições dirigidas para a saúde e a percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e de conhecimento (Meleis e Trangenstein, 1994; Schumacher e Meleis, 1994). Deste modo, as transições fazem parte do domínio da Enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2007).

O grande desafio colocado à enfermagem, perante o indivíduo que vive uma transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva a este indivíduo, com vista a promover a estabilidade e o bem-estar, sendo sua função criar situações facilitadoras para a utilização de estratégias de *coping* eficazes, para que o indivíduo, alvo dos cuidados, viva um processo de transição saudável, com vista a uma boa adaptação à nova situação de saúde/doença.

Os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidado realizadas pelo enfermeiro ao indivíduo em transição inserem-se na compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia e da identificação das necessidades para o cuidado, de acordo com essa abordagem (Zagonel, 1999). Tal como a avaliação da QdV, também o estudo da vivência da transição deve ser visto de acordo com a perspectiva de quem a vivencia, de modo a poder proceder-se a uma avaliação mais correta, com vista à implementação de intervenções direcionadas à pessoa em causa, de modo a que o cuidado prestado seja assim mais eficiente.

O processo de transição é influenciado por diversas condições facilitadoras ou inibidoras, como as condições pessoais, o significado que se atribui aos eventos que conduzem à transição, as atitudes, as crenças, os fatores socioeconómicos, as condições sociais, o apoio de terceiros (familiares ou outras pessoas significativas) e a preparação/conhecimento acerca do próprio processo de transição (Meleis *et al.*, 2000).

A transição terá, assim, melhor sucesso ao conhecer-se o que desencadeia a mudança, a antecipação do evento, a preparação para se mover dentro da mudança e a possibilidade de ocorrência de várias transições simultaneamente (Zagonel, 1999).

Desta forma, o enfermeiro está habilitado a assistir aqueles que vivem transições, pelo que, a partir da utilidade do modelo teórico das transições, deve usar

formas para utilizar este conhecimento na prática, dado ser este o profissional que trabalha com o indivíduo antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2007).

O doente com neoplasia da cabeça e pescoço, devido ao tipo de tratamento a que fica submetido, bem como a localização do tumor em si, em estruturas essenciais para a concretização de atividades básicas e de socialização, vê uma série de alterações incidirem sobre si. Todas as alterações comprometem a dimensão física e funcional (como a fonação, a mastigação e a deglutição), assim como exercem um impacto sobre a componente psicológica, social e espiritual. Ao experienciar o compromisso de funções básicas e ao sentir-se impossibilitado de as concretizar e de socializar, é-lhe exigida uma transição para a nova situação de saúde/doença, tendo que se adaptar às novas alterações na sua vida, na sua saúde e nos seus relacionamentos. Esta mudança no *status* de saúde torna o indivíduo vulnerável, expondo-o a potenciais danos, a uma recuperação prolongada ou a estratégias de *coping* ineficazes.

O facto de as neoplasias da cabeça e pescoço serem diagnosticadas já em estadios avançados, leva a que tratamentos mais agressivos ou até mesmo radicais sejam realizados, potenciando alterações mais marcadas no indivíduo e tornando-o vulnerável à adoção de estratégias de *coping* ineficazes, estando este aspeto relacionado com altos níveis de ansiedade, baixos níveis de otimismo que, por sua vez, estão relacionados com altos níveis de depressão (Horney *et al.*, 2011).

O enfermeiro, uma vez que prepara o indivíduo para as transições, tem um papel imprescindível na facilitação do processo de aprendizagem de novas capacidades relacionadas com as experiências de saúde/doença (Meleis *et al.*, 2000). Desta forma, os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive, procurando desta forma promover os processos de readaptação às novas situações de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Criar condições condutivas a uma transição saudável, considerando o ser em mudança um ser holístico, constitui o objetivo final a alcançar por parte da equipa de saúde, sendo para tal essencial fornecer suporte, nos mais diversos níveis, à pessoa em transição, auxiliando-a a proteger e manter a sua saúde para o futuro (Zagonel, 1999).

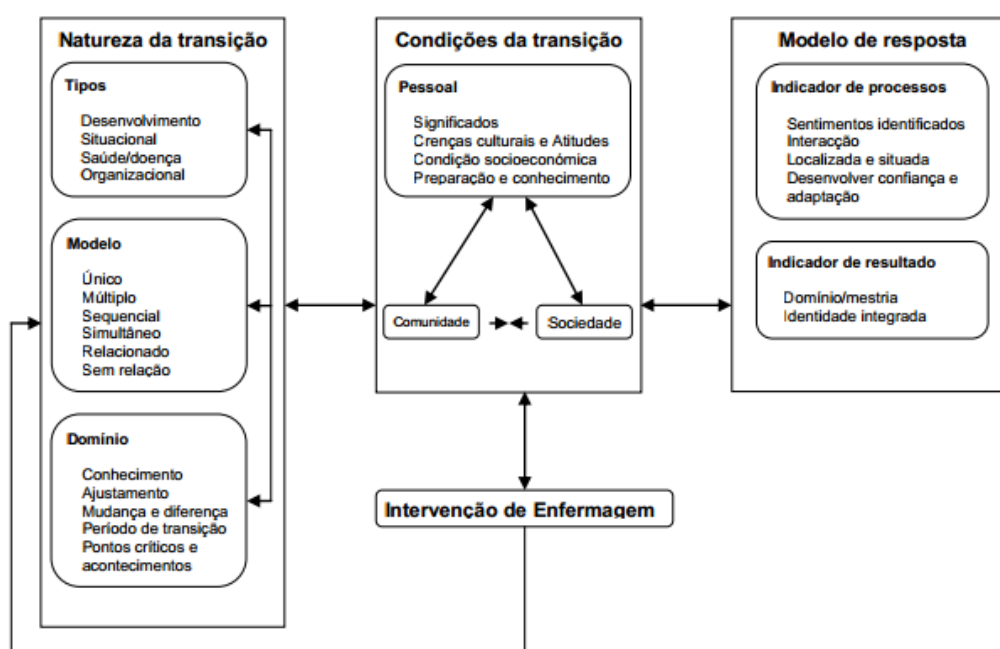
Perante situações de transição bem sucedidas, existem indicadores que podem traduzir tal situação, como o bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel, o bem-estar nas relações, a adaptação, a capacidade funcional, a transformação pessoal e a qualidade de vida (Schumacher e Meleis, 1994).

Os cuidados de enfermagem devem, assim, estar voltados para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando no indivíduo fatores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos, tendo em vista uma transição saudável (Zagonel, 1999).

Teoria das Transições de Meleis

Através de uma revisão bibliográfica, Meleis e seus colaboradores (2000) desenvolveram uma teoria que descreve os diversos aspetos inerentes ao processo de transição, como a sua natureza (tipos, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição. Tais características norteiam o cuidado de Enfermagem, estando o esquema representado na figura 2 (Meleis *et al.*, 2000).

Figura 2 - Modelo de transição em enfermagem
(adaptado de Meleis et al., 2000)



De acordo com a figura, e direcionando esta teoria para o doente com neoplasia da cabeça e pescoço, a transição que este vive, no contexto da sua patologia, é do tipo saúde-doença. Esta, poderá acontecer de forma simples ou, quando associada a outro tipo, pode ser múltipla, quer de forma simultânea ou de forma sequencial.

O doente, quando consciencializado e envolvido com a sua situação clínica e motivado para a sua resolução, está mais apto para que a transição ocorra com sucesso. Quanto menos eventos críticos houver, como, por exemplo, o aparecimento de alterações na cavidade oral debilitantes, o início de mais um tratamento ou a recidiva tumoral, melhor decorrerá este processo. É nestes pontos críticos que o apoio dos profissionais de saúde é crucial, que, quando associados a um envolvimento mais ativo, podem levar ao sentido de estabilização em novas rotinas, competências, estilos de vida e atividades de autocuidado.

Todas as alterações decorrentes do tratamento e da doença resultam em várias mudanças no doente. A mudança constitui uma propriedade da transição que considera o confronto perante a diferença.

O apoio por parte da equipa de saúde e os recursos da comunidade ou da sociedade podem influenciar o processo de transição do doente, inibindo-o ou facilitando-o, assim como o *status* socioeconómico que, sendo baixo, geralmente dificulta a transição. Também as crenças e atitudes, os significados atribuídos e o nível de preparação, que está ligado ao nível de conhecimento, influenciam este processo.

A identificação de indicadores de processo que movem os clientes na direção da saúde ou da vulnerabilidade possibilitará uma forma de intervenção que facilite os resultados positivos.

Quando o doente é capaz de fazer novos contactos e manter antigos, e interagir com os que o rodeiam, adquire novos significados e procede a uma comparação com o que havia antes e o que há depois de ter iniciado todo este processo de doença, assume-se que vive um processo de transição saudável.

Os indicadores de resultado demonstram a forma de vivência do processo de transição, refletindo, de certa forma, a QdV daqueles que experienciam a transição. Destes fazem parte a mestria e a integração fluida na identidade. Completar uma transição saudável pode ser medida pela extensão em que os indivíduos mostram mestria nas competências e nos comportamentos necessários para lidar com as novas situações e ambientes. Interpretar sintomas, tomar decisões, agir, assumir cuidados, aceder aos recursos disponíveis, trabalhar em colaboração ou negociar podem ser exemplos deste indicador.

Desta forma, cuidar de uma traqueostomia ou alimentar-se por PEG, por exemplo, são atividades que requerem um conjunto alargado de conhecimentos e

habilidades que, quando o doente está envolvido e motivado, têm maior probabilidade em aceitar a situação clínica e, assim, superar com sucesso esta transição. A mestria nas competências ensinadas pode funcionar como um indicador de resultado do processo de transição.

O modelo analisado reveste-se de grande importância para a prática de enfermagem, assumindo-se como um guia orientador e uma base estruturada que sustenta a grande necessidade em refletir sobre a diversidade e complexidade da transição. As transições assumem-se com uma importância tal na vida do indivíduo que necessitam de ser identificadas, clarificadas, desenvolvidas, tratadas e avaliadas de forma sistemática com vista a um total acompanhamento de quem as vive e à adaptação à nova situação proporcionando, desta forma, uma boa QdV.

6. Cuidar a boca: uma intervenção de Enfermagem

Tal como abordado anteriormente, a doença oncológica da cabeça/pescoço, bem como os tratamentos que estão inerentes ao seu controlo, podem conduzir a alterações da cavidade oral, como a mucosite e a xerostomia, que, ao provocarem dor e infeções, levam a uma modificação das diversas funções da cavidade oral, como a fonação, a mastigação e a deglutição. Todos estes aspetos influenciam, de forma negativa, o bem-estar da pessoa, conduzindo, conseqüentemente, a uma diminuição da sua QdV (Miller *et al.*, 2007; Sweeney e Bagg, 2000).

As funções descritas estão associadas às noções de prazer, de satisfação, de convivialidade, de comunicação (verbal e não verbal), de estética e de conforto, sendo por isso conveniente estar atento a estes aspetos no quadro desta doença incurável e progressiva, a fim de evitar alterações da integridade da mucosa oral que possam ser prevenidas.

Os cuidados à boca constituem, deste modo, um ato frequentemente negligenciado mas crucial nos cuidados paliativos em todos os contextos, uma vez que mantêm a autoestima, o conforto e a capacidade da pessoa para comunicar, socializar e desfrutar do prazer inerente ao comer e beber (Palliative Care Guidelines – Mouth care, 2011).

A higiene oral é geralmente entendida como algo que refresca e dá uma sensação de limpeza. Contribui para prevenir cáries dentárias e infeções orais, digestivas e respiratórias, bem como para manter uma boa autoimagem e permitir a comunicação. Cuidar a boca engloba, assim, não só a higiene como também implica cuidar a comunicação e, igualmente, permitir ao doente alimentar-se ou, pelo menos, permitir que mantenha uma ligação à comida e, através disso, à vida. A boca não pode, deste modo, ser reduzida a um órgão, uma vez que é não só o meio de reconhecimento dos sabores e um instrumento de comunicação, como também o local da intimidade amorosa, sendo por isso um órgão que encerra em si não só um significado fisiológico como também psicológico (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, 2000; Röing, Hirsch e Holmström, 2007).

A saúde oral está, desta forma, associada à satisfação das pessoas e à sua restante saúde, influenciando-a de uma forma geral (Munro *et al.*, 2006).

Cuidar a boca de pessoas doentes representa uma área muito importante em cuidados paliativos e constitui uma intervenção básica dos enfermeiros, exigindo destes uma avaliação cuidada, através do reconhecimento precoce de eventuais alterações, com vista a um planeamento das intervenções mais adequadas à situação. A boa prática deste cuidado é essencial para manter a QdV do doente, uma vez que influencia o seu conforto, bem-estar, autoestima e imagem corporal, contribuindo para a manutenção do seu estado nutricional e da sua saúde oral (Adams, 1996; Costello e Coyne, 2008; Gibson, Horsford e Nelson, 1997; Gillam e Gillam, 2006; Honnor e Law, 2002; Wilkin, 2002). Negligenciar este cuidado gera inevitavelmente desconforto na pessoa doente.

O desconforto do doente pode resultar de fatores externos ou internos, sendo possível o seu controlo pela equipa de enfermagem. Desta forma, cuidar a boca e todos os aspetos que surgem, como consequência das alterações que esta pode apresentar (nomeadamente a comunicação e imagem corporal alteradas, ou autoestima diminuída), representa uma intervenção de enfermagem cujo objetivo final visa a promoção do conforto.

O enfermeiro tem assim um papel fundamental na decisão sobre qual o tipo de cuidado à boca a ser implementado em determinado doente, bem como a frequência da sua execução. A prática inadequada destes cuidados não só causa problemas fisiológicos, como também pode ter consequências a nível psicológico, pelo que os procedimentos de higiene oral devem ser baseados em provas científicas sólidas e não numa mera avaliação subjetiva (Gibson, Horsford e Nelson, 1997). A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional autónomo, implica, deste modo, uma avaliação sistémica e sistemática, a fim de evitar ou minimizar eventuais problemas (Araújo *et al.*, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2002).

De acordo com alguns estudos, apesar de os enfermeiros considerarem a higiene bucal como um aspeto importante e essencial dos cuidados de Enfermagem, alguns deles não tinham conhecimento adequado das práticas de higiene bucal e conferiam-lhe uma prioridade baixa e, em algumas situações, apesar da importância que lhe atribuíam, não registavam as intervenções dos procedimentos implementados de forma completa (Costello e Coyne, 2008; Serrano, 2009). Apesar de os profissionais de enfermagem considerarem as feridas na boca como um fator que causa pouca preocupação para o doente, este último classifica-o como sendo um dos maiores fatores físicos que desencadeia ansiedade e apreensão. O facto do estado oral ser muitas vezes um aspeto

negligenciado nos cuidados de enfermagem, pode ser devido a uma falta de conhecimento e entendimento entre os elementos da equipa (Öhrn e Sjöden, 2003).

O estabelecimento de protocolos e de normas de intervenção são assim consideradas essenciais, pela literatura, como forma de ultrapassar a falta de formação adequada na avaliação e implementação dos cuidados à boca por enfermeiros durante a sua licenciatura (Gillam e Gillam, 2006). Uma avaliação eficaz do estado da cavidade oral do doente permitirá um planeamento adequado das intervenções, tendo sempre por base um corpo de conhecimentos baseados na evidência (Ibidem).

Para além de avaliar o tipo de alteração que a pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço pode apresentar na cavidade oral, determinar o grau de impacto que o sintoma, associado a essa alteração, como a dor, tem na vida do doente, constitui parte integrante do controlo sintomático, essencial em cuidados paliativos. A sua avaliação deve preceder sempre o tratamento, a fim de promover o conforto e o bem-estar do doente sem o expor a riscos evitáveis, uma vez que, para muitos doentes com doença progressiva, os sintomas não controlados podem afetar, não só a sua QdV, como também a sua capacidade em lidar com a doença e, posteriormente, com a morte (Conner e Muir, 2007; Twycross, 2003).

Todos os fatores que possam causar sofrimento, não só físico como psicológico, social e espiritual, devem ser devidamente identificados a fim de promover o conforto e a QdV do doente. Desta forma, ao avaliar o doente com neoplasia da cabeça e pescoço, o enfermeiro, bem como toda a restante equipa de saúde, devem ter em conta os diversos aspetos relacionados com as alterações da cavidade oral.

PARTE II
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

7. Enquadramento metodológico

Neste capítulo estarão descritos os objetivos, as questões de investigação e a variáveis que caracterizam este estudo. Para além disso, será feita uma descrição do tipo de estudo, da população, do método de amostragem e uma caracterização da amostra de acordo com as variáveis que compõem este trabalho. Serão, também, enumerados e descritos os itens que compõem o instrumento de colheita de dados utilizado, o procedimento levado a cabo para a sua recolha, as considerações éticas tidas em conta durante a elaboração de todo o estudo e, por último, os testes utilizados para análise de dados.

7.1 Objetivos específicos e questões de investigação

Considerando a problemática em estudo e visando procurar uma maior compreensão sobre a relação entre as alterações da cavidade oral da pessoa com neoplasia da cabeça e pescoço e a sua perceção de QdV, definiram-se como objetivos a alcançar:

- a) Analisar a incidência das alterações da cavidade oral;
- b) Descrever a perceção de QdV do doente com neoplasia da cabeça e pescoço;
- c) Analisar a relação entre as alterações da cavidade oral e a perceção de QdV;
- d) Determinar o impacto dos tratamentos nas alterações na cavidade oral;
- e) Determinar o impacto dos tratamentos na perceção de QdV;
- f) Relacionar a incidência das alterações da cavidade oral com a localização do tumor primário;
- g) Relacionar a perceção da QdV com a localização do tumor primário;
- h) Relacionar a incidência das alterações da cavidade oral com o tempo decorrido após o início do tratamento;
- i) Relacionar a perceção da QdV com o tempo decorrido após o início do tratamento;
- j) Relacionar os dados sociodemográficos do doente com a sua perceção de QdV.

Tendo em conta os objetivos descritos, foram delineadas algumas questões de investigação com vista a dar resposta a cada um dos objetivos propostos, estando expostas no quadro que se segue:

Quadro 1 - Questões de investigação

Questões de Investigação
Q.1 - Quais as alterações da cavidade oral com maior incidência?
Q.2 - Qual a percepção de QdV dos doentes?
Q.3 - Qual o impacto das alterações da cavidade oral de doentes com neoplasia da cabeça/pescoço sobre a sua QdV?
Q.4 - Qual o impacto dos tratamentos nas alterações da cavidade oral?
Q.5 - Qual o impacto dos tratamentos na percepção de QdV?
Q.6 - Qual a relação entre a incidência de alterações da cavidade oral e a localização do tumor primário?
Q.7 - Qual a relação entre a localização do tumor primário e a percepção da QdV?
Q.8 - Qual a relação entre a incidência de alterações da cavidade oral e o tempo decorrido após o início do tratamento inicial?
Q.9 - Qual a relação entre o tempo decorrido após o início do tratamento inicial e a percepção de QdV?
Q.10 – Qual a relação entre a idade e a percepção de QdV?
Q.11 – Qual a relação entre as habilitações literárias e a percepção de QdV?
Q.12 – Qual a relação entre o sexo e a percepção de QdV?
Q.13 – Qual a relação entre o estado civil e a percepção de QdV?
Q.14 – Qual a relação entre a situação de alojamento e a percepção de QdV?
Q.15 – Qual a relação entre a situação profissional e a percepção de QdV?

7.2 Variáveis

Para o presente estudo, as variáveis que o caracterizam foram agrupadas em variáveis principais e secundárias (onde se contemplam as variáveis sociodemográficas, clínicas, de tratamento e outras variáveis), sendo elas:

- Variáveis principais: QdV e alterações da cavidade oral, entre elas a mutilação, a osteorradionecrose, a mucosite, a candidíase, a hemorragia, a dor, o trismo, a xerostomia, a disfagia, a alteração do paladar e a cárie de radiação.
- Variáveis secundárias:
 - a) Variáveis sociodemográficas: sexo, idade, distrito de residência, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação profissional e situação de alojamento;
 - b) Variáveis clínicas: diagnóstico, localização anatómica tumoral, classificação tumoral e presença/ausência de sintomas;

- c) Variáveis de tratamento: tipo de tratamento (Cx/RT/QT), tempo decorrido desde o início do primeiro tratamento e seguimento (internamento/ambatório);
- d) Outras variáveis: hábitos tabágicos e alcoólicos, traqueostomia, tipo de alimentação, dentição e uso de prótese dentária.

A variável QdV foi avaliada de acordo com o instrumento de dados cedido pela EORTC e que está descrito mais adiante.

No que respeita à mutilação, nomeadamente pós-cirúrgica, incluíram-se nesta variável: a disseção cervical radical/bilateral, a ressecção da bochecha com retalho reparador, a parotidectomia total com sequelas no nervo facial, a laringectomia total, remoção da órbita ocular, a hemimandibulectomia com disseção cervical radical, a amputação nasal, a mandibulectomia parcial anterior, a mandibulectomia segmental com disseção cervical radical, a maxilectomia radical, a glossectomia parcial/subtotal e a traqueotomia (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009). Para além da mutilação pós-cirúrgica, neste trabalho serão também contemplados neste item, as tumefações provocadas pelo tumor, assim como as feridas malignas consequentes deste.

A variável presença/ausência de sintomas foi avaliada de acordo com três categorias, sendo elas: a) assintomático, quando há ausência de sintomas, e b) sintomático e c) terapia de alívio sintomático, quando há presença de sintomas. A diferença entre o item b) e c) reside no objetivo terapêutico instituído. Isto é, o parâmetro c) foi utilizado para caracterizar os casos em que, segundo o processo clínico, tinham como objetivo terapêutico a palição de sintomas, em que estavam instituídos cuidados de conforto ou cuidados paliativos. Na ausência deste critério no processo clínico, foi tido em conta o item b).

As variáveis hábitos tabágicos e alcoólicos foram avaliadas segundo quatro categorias: a) nunca apresentou este tipo de dependência; b) apresentou e abandonou esta dependência em algum momento anterior ao conhecimento do diagnóstico e tratamento da neoplasia da cabeça e pescoço; c) apresentou até ao início do tratamento, isto é, o conhecimento do diagnóstico e do tratamento foram a justificação para deixar este tipo de dependências; e d) mantém estas dependências, independentemente do conhecimento do diagnóstico e da realização dos tratamentos.

7.3 Tipo de estudo

O presente estudo reporta-se ao método quantitativo, visto que assenta numa colheita sistemática de dados observáveis e quantificáveis, mediante uma observação de factos objetivos e que acontecem independentemente do investigador (Fortin, 2003).

De entre os diferentes tipos de estudo inseridos na metodologia quantitativa, o que mais se adequa a esta investigação é o descritivo-correlacional, uma vez que se procura explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas mesmas relações, sendo assim o principal objetivo deste tipo de estudo a descoberta de fatores ligados a um fenómeno (Ibidem). Uma vez que a recolha de dados e sua análise será efetuada em apenas um momento, este estudo apresenta igualmente cariz transversal.

Pretende-se, deste modo, com este estudo, verificar as relações entre as alterações da cavidade oral da pessoa com neoplasia cabeça/pescoço e a sua perceção de QdV.

7.4 População e amostra

O universo do estudo é constituído por todas as pessoas com neoplasia da cabeça/pescoço internadas nos serviços da respetiva especialidade de dois hospitais da zona do Porto, assim como por aqueles que frequentam as consultas da especialidade em ambos os hospitais.

7.4.1 Método de Amostragem

A amostra deste estudo é não aleatória e intencional, uma vez que as probabilidades dos elementos da população serem selecionadas serão definidas por critérios do investigador, habitualmente por motivos de ordem prática e de acessibilidade aos dados (Fonseca *et al.*, 2008). Neste caso, constituíram critérios de inclusão na amostra, os seguintes: doentes com neoplasia da cabeça/pescoço, internados nos serviços acima referidos ou acompanhados em consulta da mesma especialidade, com idade superior a 18 anos, com o primeiro tratamento instituído há pelo menos uma

semana e há menos de um ano e que aceitassem participar no estudo. Estabeleceram-se como critérios de exclusão da amostra, doentes com alteração da consciência.

Através da implementação destes critérios obteve-se uma amostra constituída por 71 pessoas com neoplasia da cabeça/pescoço. A seleção das duas instituições teve como objetivo tornar possível, num espaço de tempo de cerca de três meses, a aquisição de uma amostra com um número de pessoas adequado à análise de dados pelo método quantitativo.

7.4.2 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi caracterizada de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento, assim como com outras variáveis (como os hábitos tabágicos e alcoólicos, traqueotomia, tipo de alimentação, dentição e uso de prótese dentária), no sentido de descrever as suas características e permitir estudar, nos capítulos seguintes, a sua relação com a perceção de QdV.

Variáveis sociodemográficas

A idade, variável com distribuição normal, encontra-se distribuída entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 81 anos, com média de 57,15 anos e desvio padrão de 11,21.

Relativamente ao nível de escolaridade, variável que apresenta uma distribuição assimétrica, varia entre um mínimo de zero e um máximo de 16 anos de escolaridade, apresentando uma mediana de quatro anos e um intervalo interquartil de dois anos.

No que se refere ao sexo dos participantes, este é predominantemente masculino, uma vez que 67 doentes são homens (94,37%) e apenas 4 indivíduos são do sexo feminino (5,63%).

O estado civil maioritário na amostra é de indivíduos casados ou que vivem em união de facto (n=49; 69,01%), existindo ainda um número significativo de solteiros (n=11;15,49%).

A situação de alojamento que predomina na amostra é composta pelos indivíduos que vivem com a sua família (n=63;88,73%).

Relativamente à situação profissional, 33 doentes (46,48%) encontravam-se reformados. É importante salientar que 18 indivíduos (25,35%) estavam

desempregados, número este superior ao número de empregados da amostra (n=17; 23,94%).

Todos estes dados encontram-se descritos no quadro seguinte.

Quadro 2 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo, o estado civil, a situação de alojamento e a situação profissional

Variáveis sócio-demográficas	n	%
Sexo		
Feminino	4	5,63
Masculino	67	94,37
Estado Civil		
Solteiro	11	15,49
Casado/União de facto	49	69,01
Divorciado	6	8,45
Viúvo	5	7,04
Situação de alojamento		
Vive só	7	9,86
Vive com a família	63	88,73
Vive em Instituição	1	1,41
Situação profissional		
Empregado	17	23,94
Desempregado	18	25,35
Reformado/inválido	33	46,48
Estudante	1	1,41
Doméstica	2	2,82

Relativamente à profissão dos participantes no estudo, a sua operacionalização teve por base a Classificação Nacional das Profissões no Instituto de Emprego e Formação Profissional (2001). Segundo esta classificação, existem 9 grandes grupos profissionais que se subdividem em diferentes subgrupos, de acordo com o seu conteúdo funcional. Na categorização adotada, foram considerados os 9 grandes grupos, tendo-se acrescentado uma última categoria, denominada *outros*, onde se incluíram profissões não contempladas pela classificação descrita, assim como as atividades não remuneradas. No quadro seguinte encontra-se descrita a distribuição dos doentes por profissão.

Quadro 3 - Distribuição da amostra de acordo com o grupo profissional

Grupo profissional	N	%
1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	0	0
2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	2,82
3 – Técnicos profissionais de nível intermédio	3	4,23
4 – Pessoal administrativo e similares	1	1,41
5 – Pessoal de serviços e vendedores	4	5,63
6 – Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas	7	9,86
7 – Operadores, artífices e trabalhadores similares	36	50,70
8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	12	16,90
9 – Trabalhadores não qualificados	2	2,82
10 – Outros	4	5,63

Da análise do quadro anterior, pode verificar-se que a maioria da amostra, composta por 36 indivíduos (50,70%) se insere no grupo dos operadores, artífices e trabalhadores similares, seguida dos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem com 12 indivíduos (16,90%). Na designação criada, denominada de *outros*, constituída por quatro indivíduos, incluíram-se um militar da força aérea (profissão não contemplada pela Classificação Nacional das Profissões), um estudante e duas domésticas.

Relativamente à localidade de residência, esta caracterização foi efetuada com base no distrito de residência, estando apresentada no quadro seguinte.

Quadro 4 - Distribuição da amostra de acordo com o distrito de residência

Distrito	n	%
Porto	37	52,11
Braga	12	16,90
Vila Real	7	9,86
Aveiro	7	9,86
Outros	8	11,27

É assim possível verificar que a maioria da amostra, com 37 indivíduos (52,11%), vivia no distrito do Porto, sendo este seguido pelo distrito de Braga, Vila Real e Aveiro. Na categoria *outros* foram inseridos o distrito de Viana do Castelo, com três indivíduos (4,23%), Bragança com dois indivíduos (2,82%), assim como Viseu,

também com dois indivíduos (2,8%) e, por fim, o distrito da Guarda com um indivíduo (1,41%).

Variáveis clínicas

Foram consideradas como variáveis clínicas, aquelas que caracterizam a situação de doença, nomeadamente a localização anatómica tumoral, a classificação tumoral e a presença/ausência de sintomas. Desta forma, através da análise do quadro que se segue, é possível verificar que a localização anatómica tumoral mais comum é a orofaringe, com 21 casos (29,58%), seguindo-se a laringe, com 16 casos (22,54%) e, a cavidade oral e a hipofaringe, com 10 casos (14,08%), cada um deles.

Quadro 5 - Distribuição da amostra de acordo com a localização tumoral

Localização anatómica tumoral	n	%
Cavidade Oral	10	14,08
Orofaringe	21	29,58
Nasofaringe	6	8,45
Hipofaringe	10	14,08
Laringe	16	22,54
Faringolaringe	5	7,04
Faringe	1	1,41
Ouvido	1	1,41
Oculto	1	1,41

No que respeita ao estadió tumoral, o quadro que se segue reflete a distribuição da amostra de acordo com a classificação TNM de tumores, representando o T, o tamanho e extensão do tumor primário, o N, a invasão ganglionar, e o M, a presença de metastização à distância. Com base nestes dados é ainda apresentada a distribuição da amostra de acordo com o estadió tumoral no quadro que se segue.

Quadro 6 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação tumoral

	n	%		n	%		n	%
T1	7	9,86	N0	21	29,58	M0	53	74,65
T2	18	25,35	N1	11	15,49	M1	5	7,04

T3	20	28,17	N2	23	32,39	MX	8	11,27
T4	21	29,58	N3	11	15,49			
Valores omissos	5	7,04		5	7,04		5	7,04
Classificação tumoral (estadio)				n		%		
Estadio I				2		2,82		
Estadio II				8		11,27		
Estadio III				13		18,31		
Estadio IV				40		56,34		
Não classificável				4		5,63		
Valores omissos				4		5,63		

Da análise do quadro anterior, constata-se que 40 indivíduos que compõem a amostra eram portadores de uma neoplasia em estadio IV (56,34%), seguidos de 13 indivíduos (18,31%) com neoplasia em estadio III. Verifica-se que a maioria dos indivíduos se situava nos estadios mais avançados, apresentando o estadio I apenas dois indivíduos (2,82%). Os tumores não classificáveis (n=3; 4,23%) dizem respeito a situações em que, por desconhecimento da presença/ausência de metastização, em conjugação com o valor da invasão ganglionar e do tamanho do tumor, não foi possível a atribuição de categorização a este nível. Os valores omissos, que correspondem a quatro indivíduos (5,63%), dizem respeito à ausência de classificação tumoral no seu processo clínico.

Da análise do quadro anterior é ainda possível observar que, apesar de a maioria dos indivíduos apresentar tamanho tumoral 4 e invasão ganglionar 3, 53 indivíduos (74,65%) não apresenta metastização.

Relativamente à presença/ausência de sintomas, o quadro que se segue reflete a distribuição da amostra de acordo com os parâmetros *assintomático*, *sintomático* e *terapia de alívio sintomático*.

Quadro 7- Distribuição da amostra de acordo com a presença/ausência de sintomas

Presença/ausência de sintomas	n	%
Assintomático	6	8,45
Sintomático	57	80,28
Terapia de alívio sintomático	8	11,27

Pode, assim, constatar-se que 57 indivíduos (80,28%) se apresentavam sintomáticos, pelo que se verifica que a maioria da amostra apresentava algum sintoma por controlar. Apenas seis indivíduos (8,45%) se encontravam assintomáticos e oito (11,27%) encontravam-se a realizar tratamentos com intuito paliativo.

Variáveis de tratamento

Foram tidas em consideração como variáveis de tratamento as terapêuticas efetuadas ou em curso, o tempo decorrido desde o início do primeiro tratamento e o acompanhamento do doente (em regime de internamento ou de ambulatório). Assim sendo, verifica-se que 43 indivíduos, no momento da colheita de dados, eram seguidos em consulta externa (60,56%), sendo que 28 se encontravam internados (39,44%).

No que respeita ao tempo decorrido desde o início do tratamento, e de acordo com o quadro que se segue, a maior parte dos indivíduos, 29 (40,85%), já tinha iniciado o primeiro tratamento há mais de 6 meses, 25 indivíduos (35,21%) entre 1 a 5 meses e 17 (23,94%) há menos de 1 mês.

Quadro 8- Distribuição da amostra de acordo com o tempo decorrido desde o início do primeiro tratamento

Início do tratamento	n	%
< 1 mês	17	23,94
De 1 mês a 5 meses	25	35,21
De 6 meses a 1 ano	29	40,85

Relativamente à distribuição da amostra de acordo com as terapêuticas efetuadas ou em curso, incluiu-se a cirurgia, a RT e a QT. Através da análise do quadro que se segue, pode constatar-se que 43 indivíduos foram submetidos a cirurgia (60,56%), 26 doentes fizeram RT (18 deles (25,35%) com o tratamento já concluído e oito deles (11,27%) encontravam-se a realizá-lo) e 41 indivíduos foram submetidos a tratamentos de QT (sendo que 23 deles (32,39%) já o tinham concluído e 18 deles (25,35%) ainda se encontravam em tratamento).

Quadro 9- Distribuição da amostra de acordo com as terapêuticas efetuadas ou em curso

Terapêutica		n	%
Cirurgia	Nunca fez	28	39,44

	Fez	43	60,56
Radioterapia	Nunca fez	45	63,38
	Fez	18	25,35
	A fazer	8	11,27
Quimioterapia	Nunca fez	30	42,25
	Fez	23	32,39
	A fazer	18	25,35

No que respeita ao tipo de cirurgias efetuadas, a partir do quadro seguinte é possível verificar que 11 doentes (15,49%) foram submetidos a laringectomia total, sendo que, mais seis indivíduos (8,45%) foram submetidos a faringolaringectomia total, o que significa que houve um total de 17 (23,94%) indivíduos em que foi removida na totalidade a laringe. A glossectomia parcial foi a segunda cirurgia mais comum, com nove casos (12,68%).

Quadro 10- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cirurgia

Tipo de cirurgia		n	%
Faringectomia	Parcial	3	4,23
	Total	1	1,41
Faringolaringectomia total		6	8,45
Laringectomia	Parcial	4	5,63
	Total	11	15,49
Glossectomia parcial		9	12,68
Traqueostomia		3	4,23
Outros		6	8,45
Total de doentes submetidos a cirurgia		43	60,56
Total		71	100

Relativamente à realização de traqueostomia, salienta-se que o número de casos apresentado corresponde apenas aos indivíduos que foram submetidos exclusivamente a este procedimento, não correspondendo esta frequência à totalidade de pessoas que apresentam traqueostomia na amostra estudada. Quanto ao item “outros” incluíram-se as excisões de lesões (n=3; 4,23%), a excisão de lesão com reconstrução (n=2; 2,82%) e a reconstrução (n=1; 1,41%).

O quadro seguinte aborda a distribuição da amostra de acordo com os indivíduos submetidos a esvaziamento cervical e a retalho/reconstrução com enxertos

Quadro 11 - Distribuição da amostra de acordo com a presença de esvaziamento cervical e recurso a retalho/reconstrução

		n	%
Esvaziamento Cervical	Sim	38	53,52
	Não	5	7,04
Retalho/reconstrução	Sim	10	14,08
	Não	33	46,47
Total de doentes submetidos a cirurgia		43	60,56
Total		71	100

Desta forma, pode verificar-se que, dentro dos 43 indivíduos submetidos a cirurgia, 38 deles foram submetidos ainda a esvaziamento cervical, o que equivale a 53,52% da totalidade da amostra. Relativamente à execução de retalho/reconstrução, 10 indivíduos (14,08%) foram submetidos a este procedimento, onde se inserem: retalho do grande peitoral (n=6; 8,45%), retalho e plastia do perónio (n=1; 1,41%), reconstrução com retalho de membro superior (n=1; 1,41%), reconstrução de lábio inferior (n=1; 1,41%) e uma reconstrução não especificada.

Outras variáveis

Foram igualmente tidas em consideração outras variáveis que, embora não se enquadrando nas variáveis sociodemográficas, clínicas ou de tratamento, considera-se importante o estudo da sua relação com a QdV. Para tal, foram assim considerados: os hábitos tabágicos e alcoólicos, a traqueotomia, o tipo de alimentação, a dentição e o uso de prótese dentária.

O quadro seguinte explana a distribuição da amostra de acordo com os hábitos tabágicos e alcoólicos.

Quadro 12 - Distribuição da amostra de acordo com os hábitos tabágicos e alcoólicos

Hábitos		n	%
Tabágicos	Nunca apresentou	12	16,90
	Apresentou	15	21,12
	Apresentou até ao início do tratamento	28	39,44
	Mantém	16	22,54
Álcool	Nunca apresentou	6	8,45

	Apresentou	10	14,08
	Apresentou até ao início do tratamento	31	43,66
	Mantém	24	33,80

Da análise do quadro anterior, verifica-se que, no que respeita aos hábitos tabágicos, 28 indivíduos (39,44%) apresentaram este hábito até ao início do tratamento e que 16 (22,54%) indivíduos ainda mantinham este hábito. Relativamente ao consumo de álcool, denota-se que 31 indivíduos (43,66%) apresentaram este hábito até ao início do tratamento e que 24 (33,80%) indivíduos ainda o mantinham. Desta forma, é possível verificar que os hábitos alcoólicos são predominantes na amostra relativamente a estes dois itens de avaliação, sendo que no tabaco há mais indivíduos que nunca apresentaram este hábito ou que o apresentaram antes de tomar conhecimento da situação de doença. Tanto no tabaco como no álcool, verifica-se que o abandono destes hábitos antes do início do tratamento, constitui o item com maior número de casos.

Relativamente à presença/ausência de traqueostomia existem na amostra 31 indivíduos (43,66%) que apresentavam traqueostomia, permanente ou temporária.

No que respeita ao tipo de alimentação, e de acordo com o quadro que se segue, 45 (63,38%) indivíduos apresentavam alimentação por via oral e 26 por via entérica (36,62%). Dentro dos indivíduos com alimentação por via oral, 20 (28,17%) apresentavam alteração da consistência da alimentação para comida pastosa, outros 20 não necessitavam de qualquer alteração, 4 deles (5,63%) necessitavam de comida mole e apenas 1 (1,41%) necessitava de alimentos líquidos.

Relativamente à alimentação por via entérica, 18 indivíduos (25,35%) alimentava-se por SNG e 8 indivíduos (11,27%) alimentava-se por PEG.

Quadro 13 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de alimentação

Tipo de alimentação			n	%
Via de alimentação	Oral		45	63,38
	Entérica	SNG	18	25,35
		PEG	8	11,27
	Parentérica		0	0,00
Alteração da consistência (alimentação por via oral)	Líquido		1	1,41
	Pastoso		20	28,17
	Mole		4	5,63
	Não apresenta		20	28,17

Total	71	100
-------	----	-----

No que concerne à dentição, a maioria da amostra, constituída por 58 indivíduos (81,69%), apresentava dentição incompleta e 55 indivíduos (77,46%) não apresentava prótese dentária, tal como descrito no quadro que se segue.

Quadro 14 - Distribuição da amostra de acordo com a dentição e o uso de prótese dentária

		n	%
Tipo de dentição	Completa	6	8,45
	Incompleta	58	81,69
	Ausente	7	9,86
Uso de prótese dentária	Sim	15	21,13
	Não	55	77,46

Nota: Valores omissos: n=1; 1,41%.

7.5 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados inclui duas partes: dados sociodemográficos (Anexo A) e o questionário da *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire-Cancer 30 (EORTC QLQ-C30)*, sob a sua versão mais atual (versão 3.0), acompanhado pelo módulo específico para doentes com neoplasia da cabeça/pescoço (*Quality of Life Questionnaire – Head and Neck: QLQ-H&N 35*) (Anexo B).

A primeira parte do instrumento de colheita de dados contempla os dados sociodemográficos, assim como a informação clínica do doente relevante para o estudo. Desta forma, relativamente aos dados sociodemográficos, este instrumento inclui a idade, o sexo, o distrito de residência, o estado civil (solteiro, casado ou em união de facto, divorciado ou viúvo), as habilitações literárias, a profissão, a situação profissional (empregado, desempregado ou reformado/inválido) e a situação de alojamento (vive só, vive com a família, vive em instituição e outro). No que respeita à informação clínica, esta contempla o diagnóstico, a localização tumoral e a sua classificação, as terapias efetuadas ou em curso (Cx/QT/RT), o início do tratamento (há menos de um mês, entre um mês e cinco meses, e entre seis meses e um ano), os sintomas (assintomático, sintomático ou em terapia de alívio sintomático) e o local de acompanhamento (em

internamento ou em ambulatório). São também contemplados os hábitos tabágicos e alcoólicos, a presença de traqueostomia, a via de alimentação (oral ou entérica), assim como a alteração da consistência alimentar (dieta líquida, pastosa, mole, ou sem qualquer tipo de alteração), a dentição e o uso de prótese dentária. Também na informação clínica está contemplada a presença/ausência de determinadas alterações/sintomas da cavidade oral, nomeadamente a mutilação, a osteorradionecrose, a mucosite, a candidíase, a hemorragia, a dor, o trismo, a xerostomia, a disfagia, a alteração do paladar e a cárie de radiação. O registo destas alterações teve em conta a sua presença no período de sete dias que antecederam a aplicação do questionário. Este registo teve por base o registo da equipa de saúde relativamente à existência destas mesmas alterações.

O questionário QLQ-C30 avalia a QdV em doentes com cancro de uma forma geral, independentemente da sua localização, incorporando em si cinco subescalas funcionais (domínio físico, cognitivo, emocional, funcional e social), nove subescalas de sintomas (dor, fadiga, vômito, dispneia, perda de apetite, insónia, dificuldades financeiras, obstipação e diarreia) e a avaliação do *status* global de saúde. Segundo os autores, este deve associar-se, durante a sua utilização, ao módulo específico da neoplasia em questão, neste caso o da neoplasia da cabeça e pescoço (H&N35). Este último é constituído por 35 questões relativas a sintomas e efeitos laterais do tratamento, tendo incorporado sete subescalas de sintomas (dor, deglutição, paladar e olfato, fala, alimentação em público, contacto social e sexualidade) e 11 itens simples, nomeadamente problemas com os dentes, com a abertura da boca, boca seca, saliva espessa, tosse, sentimento de doença, recurso a analgésicos e a suplementos nutricionais, perda de peso, ganho de peso e alimentação entérica. Todos os resultados obtidos correspondem ao estado do doente durante a última semana (Fayers e Bottomley, 2002; Holzner *et al.*, 2001; Kopp *et al.*, 2000).

Nesta escala, quanto maior é a pontuação que se atribui aos sintomas, pior é a percepção de QdV. Por outro lado, quando maior é a pontuação atribuída às subescalas funcionais, melhor é a percepção de QdV, sendo que estas subescalas devem ser invertidas no processo de análise.

Relativamente à variável alterações da cavidade oral, algumas delas estão já contempladas na escala da EORTC, nomeadamente a dor, o trismo, a xerostomia, a disfagia e as alterações do paladar. Como forma de tornar o instrumento mais completo,

acrescentaram-se, também, no documento relativo aos dados sociodemográficos e clínicos de cada doente, a mutilação, a osteorradionecrose, a mucosite, a candidíase, a hemorragia e a cárie de radiação, tal como descrito acima.

Este instrumento encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa. Trata-se de um instrumento com validade (uma vez que é um instrumento com capacidade de medir o conceito definido teoricamente) e com fiabilidade, possuindo boas propriedades métricas e caracterizando-se, assim, como sendo uma ferramenta de avaliação da QdV válida e informativa (Bjordal *et al.*, 1999; Bjordal *et al.*, 2000; Jensen, Jensen e Grau, 2006; Pais Ribeiro, Pinto e Santos, 2008).

Neste momento, a EORTC encontra-se em fase de validação de um novo instrumento de medida para estes doentes, tendo como objetivo, para além da avaliação da QdV, a avaliação das alterações da cavidade oral. Infelizmente, de momento este novo instrumento não se encontra com tradução nem validação para a população portuguesa, pois seria, sem dúvida, o instrumento mais adequado para ir ao encontro dos objetivos deste estudo. A forma mais útil que se procurou para mais completo tornar todo o registo de cada doente foi, como referido anteriormente, relacionar os dados obtidos da escala com a informação recolhida relativamente à presença/ausência das alterações da cavidade oral.

A escolha da escala enunciada, em detrimento de outras igualmente validadas para a população portuguesa, recaiu no facto de apresentar uma descrição exaustiva de todos os sintomas que a pessoa com neoplasia da cabeça e pescoço pode apresentar. Uma vez que este estudo tem como objetivo a análise das alterações da cavidade oral e a sua relação com a perceção da QdV, enveredar por um instrumento com uma descrição detalhada a nível sintomático revelar-se-ia a ferramenta mais adequada a ser utilizada.

O resultado da fidelidade da escala, avaliada através do *Alfa de Cronbach*, é apresentado no quadro que se segue:

Quadro 15 - Análise da fidelidade das subescalas do QLQ-C30 e H&N35 na presente amostra

	Subescalas	Número de itens	Amostra (n=71)
QLQ-C30	Função física	5	0,81
	Papel funcional	2	0,79
	Função emocional	4	0,87
	Função cognitiva	2	0,56
	Função social	2	0,75

	QdV global	2	0,78
H&N35	Dor	4	0,81
	Deglutição	4	0,75
	Paladar e olfato	2	0,61
	Fala	3	0,49
	Comer em público	4	0,61
	Contacto social	5	0,87
	Sexualidade	2	0,93

A análise do quadro anterior permite constatar que a escala adaptada à presente amostra tem uma fidelidade aceitável e que vai de encontro, na maior parte dos itens, a um estudo realizado, com 102 doentes com neoplasia da cabeça e pescoço, por Silveira e seus colaboradores (2009).

7.6 Procedimento

Através da análise dos processos clínicos ou através do enfermeiro que seguia cada doente no momento da colheita de dados, selecionaram-se os doentes que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos.

Como forma de ultrapassar a possibilidade de obtenção de participantes no estudo que não possuíssem capacidade de ler, o questionário foi aplicado sob a forma de formulário a todos os participantes. Desta forma, procurou obter-se unanimidade no modo de recolha dos dados. Para doentes que se poderiam deslocar, a aplicação dos questionários foi efetuada em sala própria, disponível nos serviços, fora do contexto de enfermaria, no caso do internamento, e sem interrupções. Em doentes que não se poderiam deslocar a outra sala dos serviços, a aplicação dos questionários foi aplicada sem qualquer visita presente na enfermaria, tendo-se recorrido a todos os recursos inerentes a este espaço que mantêm a privacidade do doente.

A aplicação dos questionários, sob a forma de formulários, demorou, em média, cerca de quinze minutos por cada doente, não tendo sido detetada qualquer dificuldade na compreensão das questões.

No que respeita à recolha de informação relativa à presença/ausência das alterações da cavidade oral na semana que antecedeu a aplicação do questionário, estes dados foram solicitados ao enfermeiro que se encontrava, no momento da aplicação do

questionário, a prestar cuidados àquele doente ou, em alguns casos, foi consultado o processo clínico. Relativamente ao preenchimento das informações relativas aos dados sociodemográficos, estas foram obtidas diretamente do doente, tendo outras sido recolhidas através da consulta do seu processo clínico ou através do enfermeiro que seguia o doente nesse momento.

7.7 Considerações éticas

A realização deste estudo teve em conta os aspetos éticos relativos à elaboração de um trabalho de investigação.

Para proceder à utilização da escala mencionada, foi efetuado o pedido de autorização para a sua utilização no sítio da internet referente à EORTC, tendo sido enviados a escala assim como o manual de utilização e interpretação dos resultados recolhidos com a mesma.

Foi igualmente solicitada autorização para a recolha de dados aos conselhos de administração dos dois hospitais da zona do Porto onde se realizou o estudo, bem como dos enfermeiros chefes e diretores de serviço e de departamento, assim como da respetiva comissão de ética de ambas as instituições (Anexo C).

Este estudo de investigação, uma vez que exige a participação de sujeitos, levanta questões éticas não devendo ser ultrapassados o limite do respeito pela pessoa, bem como o direito desta em ser livre enquanto ser humano (Fortin, 2003).

Relativamente aos potenciais participantes do estudo, foi fornecido um documento informativo acerca do mesmo, com a descrição dos objetivos que compõem a investigação, os procedimentos a realizar para a obtenção dos dados, os riscos e benefícios decorrentes da sua participação, bem como a garantia da proteção dos dados recolhidos e sua confidencialidade, assegurando igualmente a liberdade do participante poder desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalização no seu tratamento (Anexo D). Após esta abordagem, foi solicitado o seu consentimento informado e autónomo (Anexo E). A este mesmo consentimento foi atribuído um número de código, correspondente ao número do questionário, com vista a manter a confidencialidade dos dados.

7.8 Análise e tratamento de dados

Na análise dos dados provenientes do questionário foi utilizada uma abordagem quantitativa uma vez que esta constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos (Marconi e Lakatos, 1999). Neste sentido, no tratamento de dados foram utilizados testes paramétricos, opção esta apoiada no paradigma quantitativo. Para tal, foi criada uma base de dados com recurso ao programa de aplicação estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, através do qual se obteve a análise descritiva e inferencial entre variáveis.

O teste da normalidade dos dados, com vista à opção de utilização de testes paramétricos, foi obtido através dos testes de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk*. Quando, através destes testes, a normalidade não era comprovada, procedeu-se a outro teste que permitiu concluir a simetria da distribuição de algumas variáveis. Para tal, utilizaram-se as medidas de assimetria e curtose. Através do Excel, procedeu-se à divisão da *assimetria* pelo seu *erro padrão* e à divisão da *curtose* pelo seu *erro padrão*. Uma vez que o resultado obtido é menor que dois, pode admitir-se a sua normalidade (Pestana e Gageiro, 2008).

As variáveis com distribuição normal foram descritas com recurso à média e ao desvio-padrão e a sua representação gráfica foi efetuada com recurso ao histograma. Relativamente às variáveis com distribuição assimétrica, a sua descrição foi feita através da mediana e intervalo interquartil e a representação gráfica efetuada através do diagrama de entremos e quartis. As variáveis nominais foram descritas através da sua frequência absoluta e relativa.

No que respeita à análise da variação e relações entre as variáveis do estudo, recorreu-se a testes de significância estatística, de acordo com as características métricas de cada um deles. Foram, assim, consideradas como relações estatísticas significativas valores de $p < 0,05$ e muito significativa valores de $p < 0,01$.

Para a análise inferencial, nos casos em que se procedeu à análise de variáveis com distribuição normal, foram utilizados os testes paramétricos *t-student*, para amostras não emparelhadas, procedido automaticamente pelo teste de *Levene* para verificação da homogeneidade das variâncias, e o teste F da *one-way ANOVA* quando se pretendeu estudar a relação inter e intragrupos (com mais de duas categorias). Para esta aplicação foi selecionado o teste *post-hoc* de Tukey, com vista à identificação dos grupos onde se localizaram as diferenças estatisticamente significativas.

Nas situações em que se analisaram variáveis com distribuição assimétrica, foram utilizados os testes não paramétricos de *Mann-Whitney* e *Wilcoxon*, para relações entre duas variáveis, e o teste de *Kruskall-Wallis*, para relações entre mais de duas variáveis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens como descrito em Maroco (2007).

Nos casos em que se pretendeu analisar o grau de correlação entre duas variáveis quantitativas, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, para variáveis assimétricas, e de *Pearson*, para variáveis simétricas, tendo sido eliminados, neste último, os valores extremos das variáveis, uma vez que estes podem enviesar os resultados finais (Pereira, 2004).

Através da análise efetuada, no que respeita à importância da relação entre as variáveis, a partir da análise do coeficiente de correlação, e uma vez que não existe unanimidade entre os diversos autores consultados, optou-se por estabelecer três níveis de correlação: $>0,70$ – forte; $0,40-0,70$ – moderada; $<0,40$ – fraca.

O Teste de independência do qui-quadrado foi utilizado para averiguar se duas variáveis nominais estão relacionadas. Quando as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do qui-quadrado não se verificaram, utilizou-se a simulação de Monte Carlo.

Os dados relativos à utilização da escala de avaliação da QdV da EORTC foram pontuados de acordo com os critérios pré-definidos pela EORTC, através da análise do manual de pontuação emitido (Fayers *et al.*, 2001). Nesta escala, os itens variam entre 0 e 100, pelo que se considerou que, resultados abaixo de 50, têm uma avaliação negativa e, resultados acima deste valor, têm uma avaliação positiva. Nesta escala, quanto maior é a pontuação que se atribui aos sintomas, pior é a perceção de QdV. Por outro lado, quando maior é a pontuação atribuída às subescalas funcionais, melhor é a perceção de QdV, sendo que estas subescalas foram invertidas no processo de análise.

PARTE III
RESULTADOS

8. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no sentido de responder às questões de investigação formuladas, indo a sua resposta de encontro aos objetivos propostos para a realização do presente trabalho.

A par das respostas às diversas questões de investigação, serão enunciados os cálculos estatísticos utilizados e apresentados apenas os resultados estatisticamente significativos ou aqueles que, embora não o sendo, se tornem importantes para a análise dos dados recolhidos. Não serão apresentados os valores omissos. Os resultados serão apresentados em quadros e os valores estarão documentados até às centésimas.

8.1 Alterações da cavidade oral

Questão 1 - *Quais as alterações da cavidade oral com maior incidência?*

A descrição dos resultados relativos à incidência de alterações e sintomas na cavidade oral encontram-se representadas no quadro que se segue.

Quadro 16 – Frequência absoluta e relativa das alterações da cavidade oral

Alterações da cavidade oral	n	%
Mutilação	44	61,97
Osteorradionecrose	0	0,00
Mucosite	25	35,21
Candidíase	12	16,90
Hemorragia	4	5,63
Dor	47	66,20
Trismo	30	42,25
Xerostomia	54	76,06
Disfagia	45	63,38
Alteração do paladar	22	31,99
Cárie de radiação	3	4,23

Da análise do quadro anterior, é possível verificar que as alterações mais patentes na amostra foram a xerostomia (n=54; 76,06%), seguida da dor (n=47; 66,20%), da disfagia (n=45; 63,38%) e da mutilação (n=44; 61,97%). Salienta-se ainda

a presença de mucosite em 25 doentes (35,21%). Pode ainda verificar-se que nenhum dos doentes da amostra apresentava osteorradionecrose.

Relativamente à dor, a sua localização foi analisada de acordo com a localização sugerida pela escala *H&N35* (boca, garganta, maxilares). Foi também questionado aos doentes onde sentiam dor, para além das localizações sugeridas. Desta forma, e de acordo com o quadro seguinte, é possível verificar que 7 doentes (9,86%), apresentavam dor noutras regiões que não na boca, na garganta ou nos maxilares, ou, em alguns casos, noutras regiões anatómicas em combinação com as sugeridas. Sendo assim, e tendo em conta o quadro anterior, se se excluirmos outras regiões anatómicas que não a boca, os maxilares e a garganta, são 40 os doentes que apresentavam dor nestas três regiões e não 47. A distribuição da amostra mediante a localização anatómica da dor está descrita no quadro que se segue.

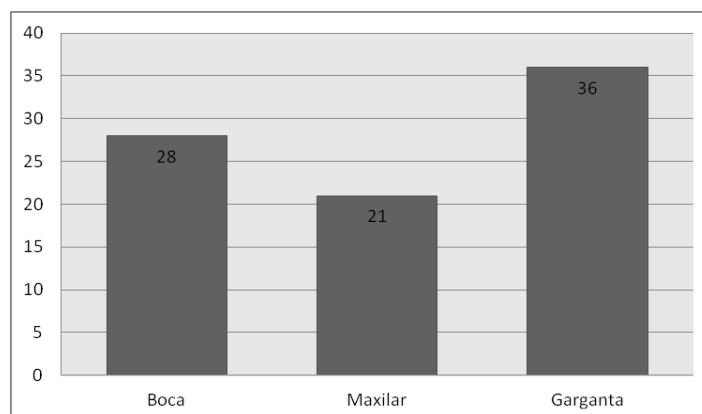
Quadro 17 - Distribuição da amostra de acordo com a localização da dor

Localização da dor	n	%
Boca	2	2,82
Maxilares	2	2,82
Garganta	10	14,08
Boca e maxilares	3	4,23
Boca e garganta	8	11,27
Maxilar e garganta	2	2,82
Boca, maxilar e garganta	13	18,31
Outros	7	9,86

Outros: cabeça (1), coluna e bacia (1), face e pescoço (1), garganta e ombros (1), ombro (1), garganta/ouvidos/cabeça/boca (1), Boca/maxilar/garganta/cabeça (1).

Verifica-se, assim, de acordo com o quadro anterior, que a maior parte dos doentes (n=13; 18,31%) apresentava dor na boca, no maxilar e na garganta, sendo este grupo seguido por 10 doentes (14,08%) que apresentavam exclusivamente dor na garganta. Pode ainda verificar-se que a garganta correspondeu à região anatómica com mais queixas dolorosas, havendo um total de 36 doentes (50,70%), quer com dor isoladamente na garganta, quer em combinação com outras regiões anatómicas. O gráfico que se segue mostra a incidência, isoladamente, de dor na boca (n=28; 39,44%), no maxilar (n=21; 29,58%) e na garganta (n=36; 50,70%).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com a localização da dor



Verifica-se, desta forma, que a maioria dos doentes, 50,70% (n=36), referia dor na garganta, sendo esta localização anatômica seguida pela boca, com 39,44% de queixas dolorosas (n=28) e, por fim, pelo maxilar, com 29,58% (n=21) de casos de dor.

No que respeita às alterações na deglutição, através do quadro 16, verifica-se que 45 doentes apresentavam disfagia (63,38%). O quadro seguinte demonstra a distribuição dos doentes por tipo de disfagia, seja ela para *sólidos* ou *líquidos* exclusivamente, ou em conjugação, nomeadamente *sólidos, líquidos e pastosos*, *sólidos e pastosos*, *pastosos e líquidos* ou *sólidos e líquidos*.

Quadro 18- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de disfagia

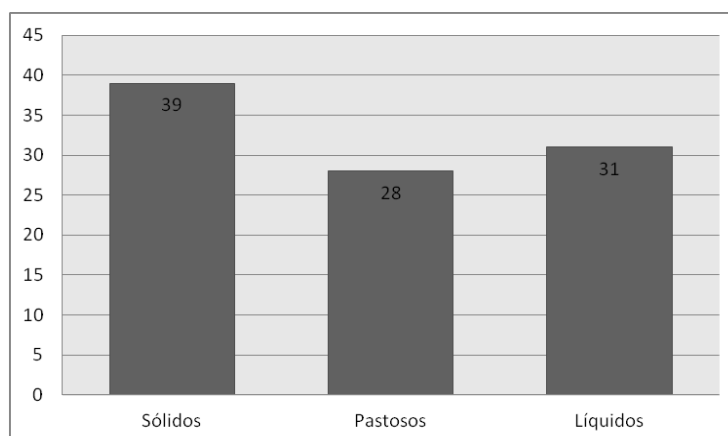
Tipo de disfagia	n	%
Sólidos	10	14,08
Líquidos	4	5,63
Sólidos, líquidos, pastosos	22	30,99
Sólidos e pastosos	4	5,63
Pastosos e líquidos	2	2,82
Sólidos e líquidos	3	4,23
Total de doentes com disfagia	45	63,38
Total	71	100

Através do quadro anterior é possível observar que a maior parte dos doentes, 22 (30,99%), apresentava disfagia para os três tipos de consistência alimentar (sólida, pastosa e líquida). A disfagia exclusivamente para alimentos de consistência sólida

estava presente em 10 doentes (14,08%). Verifica-se que não havia nenhum doente com disfagia exclusiva para alimentos de consistência pastosa.

Através da análise do gráfico que se segue, em que se coloca isoladamente cada tipo de consistência alimentar, verifica-se que, de facto, a deglutição de alimentos sólidos constituiu o tipo de disfagia mais comum na amostra.

Gráfico 2- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de disfagia



Observa-se, deste modo, que a disfagia para sólidos foi o tipo de disfagia mais comum, abrangendo 39 doentes (54,92%). Esta é seguida pela disfagia para líquidos (n=31; 43,67%) e, por último, pela disfagia para pastosos (n=28; 39,44%).

Dentro das alterações mais frequentes na amostra, a dor, a disfagia e a xerostomia estão representadas na componente *H&N35* da escala. Dado tratar-se de variáveis numéricas contínuas, é possível proceder a uma análise de correlação entre elas. Os resultados obtidos através da correlação de *Spearman* estão representados no quadro seguinte.

Quadro 19 – Matriz de correlação entre a dor, a disfagia e a xerostomia

		Dor	Xerostomia	
			Boca seca	Saliva espessa
Xerostomia	Boca seca	**0,45	----	**0,38
	Saliva espessa	**0,63	**0,38	---
Disfagia		**0,67	**0,37	**0,58

Nota: **p<0,01

Analisando o quadro anterior, observa-se a existência de uma correlação positiva, moderada e muito significativa entre a dor e a boca seca ($r_s=0,45$; $p<0,01$) e uma correlação positiva, forte e muito significativa entre a dor e a saliva espessa ($r_s=0,63$; $p<0,01$) e entre a dor e a disfagia ($r_s=0,67$; $p<0,01$).

Dentro dos dois itens relativos à xerostomia, denota-se que as alterações na qualidade da sua saliva (saliva espessa) correlacionam-se de forma positiva, moderada e estatisticamente muito significativa com a disfagia ($r_s=0,58$; $p<0,01$) e que a diminuição da produção de saliva (boca seca) apresenta uma correlação positiva, fraca e muito significativa com a disfagia ($r_s=0,37$; $p<0,01$). As duas alterações da saliva apresentam entre si uma correlação positiva, fraca e estatisticamente muito significativa ($r_s=0,38$; $p<0,01$).

8.2 Perceção de QdV

Questão 1 – Qual a perceção de QdV dos doentes?

No sentido de procurar descrever a perceção da QdV dos doentes que compõem a amostra, procedeu-se à descrição dos resultados da aplicação do questionário *QLQC30*. Esta descrição teve em conta os diversos domínios da função (física, funcional, emocional, cognitiva e social), a QdV global e a avaliação de diversos sintomas que compõem o questionário (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia, impacto financeiro, dor, náusea e vômito e fadiga).

O quadro seguinte reporta-se aos diversos domínios da função. Uma vez que se trata de variáveis com uma distribuição assimétrica, a sua análise foi efetuada com recurso à mediana e ao intervalo interquartil de cada uma delas.

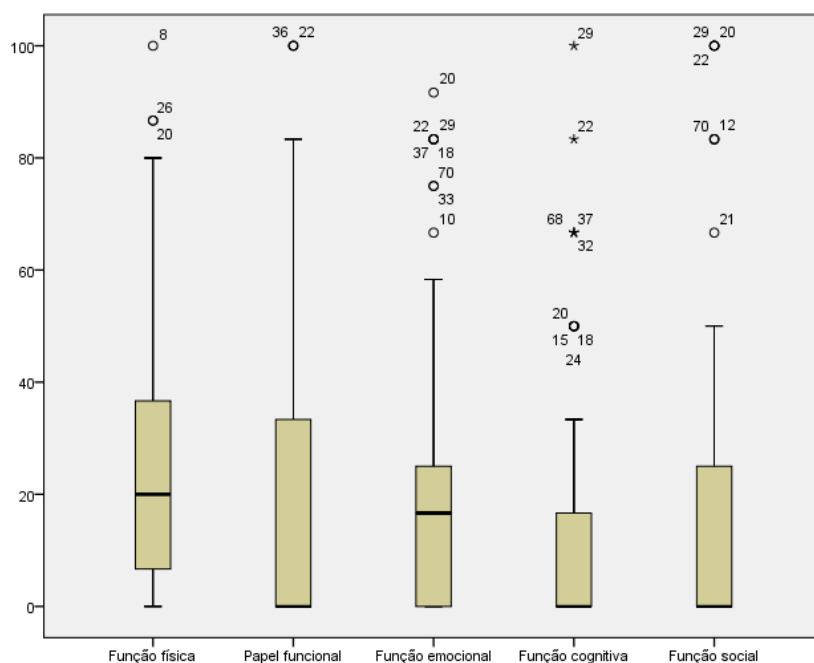
Quadro 20 – Mediana e intervalo interquartil nas subescalas funcionais (componente QLQC30)

Função	Mediana	Intervalo interquartil
Função física	20,00	33,33
Papel funcional	0,00	33,33
Função emocional	16,67	25,00
Função cognitiva	0,00	16,67
Função social	0,00	33,33

Tendo em conta que os resultados podem variar entre 0 e 100, através da análise do quadro anterior é possível verificar que, em todas as subescalas, os doentes percecionam um mau funcionamento, em especial no que se refere à função cognitiva, seguida da função social e do papel funcional, com medianas de 0,00. O intervalo interquartil, que representa 50% da amostra em torno do valor da mediana, é bastante baixo para a função cognitiva. Verifica-se, assim, que os doentes que compõem a amostra percecionam uma performance cognitiva muito baixa.

A função física parece ser a função que é percecionada com maior performance, com uma mediana de 20,00 seguida da função emocional. O gráfico seguinte ilustra, através do diagrama de entremos e quartis, a disposição das medianas e intervalos interquartil destas variáveis.

Gráfico 3 – Diagrama de extremos e quartis das subescalas funcionais



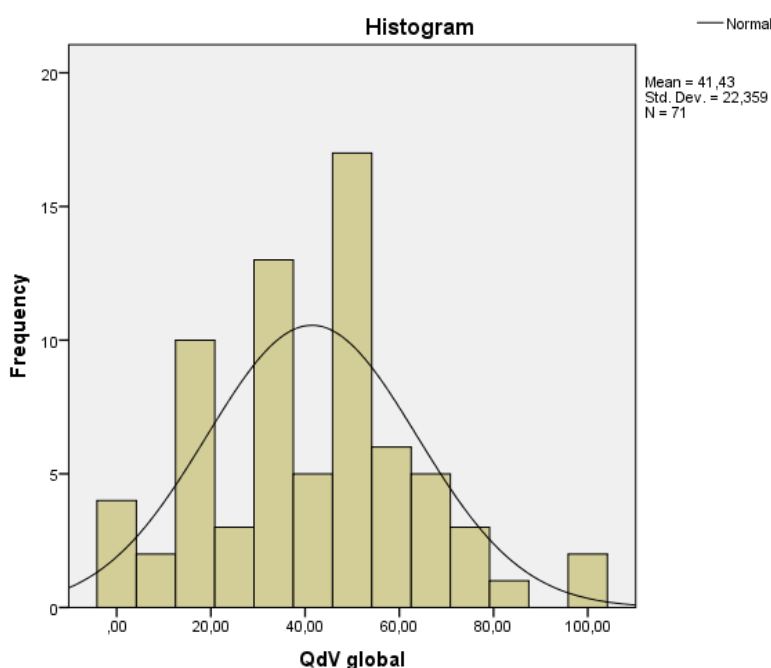
Denota-se, assim, que todas as avaliações apresentam 50% da amostra com avaliação negativa nas diversas funções (resultado inferior a 50 numa escala de 0 a 100). Verifica-se, no entanto, a presença de valores aberrantes, que não fazem parte da concentração da maioria dos indivíduos que compõem a amostra, com avaliações positivas. Em algumas das funções, esta avaliação aproxima-se do máximo e, em alguns casos, atinge mesmo este valor. É possível, desta forma, concluir que existe uma

dispersão muito grande nas respostas obtidas, o que demonstra a assimetria das variáveis enunciadas.

No que respeita à QdV, uma vez que se trata de uma variável com distribuição simétrica, a sua caracterização é feita através da sua média e desvio-padrão, sendo estes valores de 41,43 e de 22,35, respetivamente. Verifica-se, deste modo, que a QdV global apresenta uma média negativa, com um desvio-padrão que leva a uma variação, para a maioria dos participantes do estudo, entre valores negativos de avaliação e, também, valores positivos. Apesar de o funcionamento ser avaliado de uma forma negativa baixa, tal como verificado acima, a perceção da QdV, apesar de negativa, apresenta uma avaliação significativamente melhor.

O gráfico seguinte demonstra a distribuição simétrica da variável, permitindo, através da curva normal, verificar a concentração da maioria dos elementos em torno do valor da média.

Gráfico 4 – Avaliação da QdV global



Tendo em conta que, quanto melhor a avaliação das subescalas funcionais, melhor a perceção de QdV, verifica-se assim que, de acordo com os dados apresentados nos diversos domínios funcionais, a avaliação da QdV está em consonância com os resultados obtidos nos diferentes domínios.

Foi ainda possível proceder à análise das relações que poderiam existir os diversos domínios funcionais. Para tal, e dado tratar-se de variáveis quantitativas com distribuição assimétrica, recorreu-se ao teste de correlação de *Spearman*, estando os resultados obtidos patentes no quadro que se segue.

Quadro 21– Matriz de correlação entre os domínios funcionais da QdV

	FF	PF	FE	FC	FS
Função física (FF)		**0,35	**0,46		**0,38
Papel funcional (PF)	**0,35		**0,40	*0,29	**0,33
Função emocional (FE)	**0,46	**0,40		**0,37	**0,48
Função cognitiva (FC)		*0,29	**0,37		**0,34
Função social (FS)	**0,38	**0,33	**0,48	**0,34	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Da análise do quadro anterior, verifica-se que:

- Existe uma correlação positiva, moderada e estatisticamente muito significativa entre a função emocional e a função física ($r_s = 0,46$; $p < 0,01$), o papel funcional ($r_s = 0,40$; $p < 0,01$) e entre a função social ($r_s = 0,48$; $p < 0,01$);
- existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente muito significativa entre a função física e o papel funcional ($r_s = 0,36$; $p < 0,01$) e entre a função social ($r_s = 0,39$; $p < 0,01$);
- existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente muito significativa entre o papel funcional e a a função social ($r_s = 0,33$; $p < 0,01$).
- existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente muito significativa entre a função emocional e a função cognitiva ($r_s = 0,37$; $p < 0,01$).
- existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente muito significativa entre a função cognitiva e a função social ($r_s = 0,34$; $p < 0,01$).
- existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre o papel funcional e a função cognitiva ($r_s = 0,29$; $p < 0,01$)

Desta forma, é assim possível verificar que, quanto melhor a perceção da função física, melhor é a perceção da função emocional, do papel funcional, da função social e vice-versa; quanto melhor a perceção do papel funcional, melhor é a perceção da função cognitiva, da função emocional e vice-versa; quanto melhor a perceção da função

emocional, melhor é a perceção da função cognitiva, da função social e vice-versa e, por último, quanto melhor a perceção da função cognitiva, melhor é a perceção da função social e vice-versa. Isto significa que há uma influência significativa entre as diferentes componentes da QdV, principalmente quando associadas à função emocional.

Relativamente aos sintomas, tal como no domínio funcional, também estes apresentam uma distribuição assimétrica, estando a sua análise representada no quadro que se segue, através do valor da mediana e do intervalo interquartil.

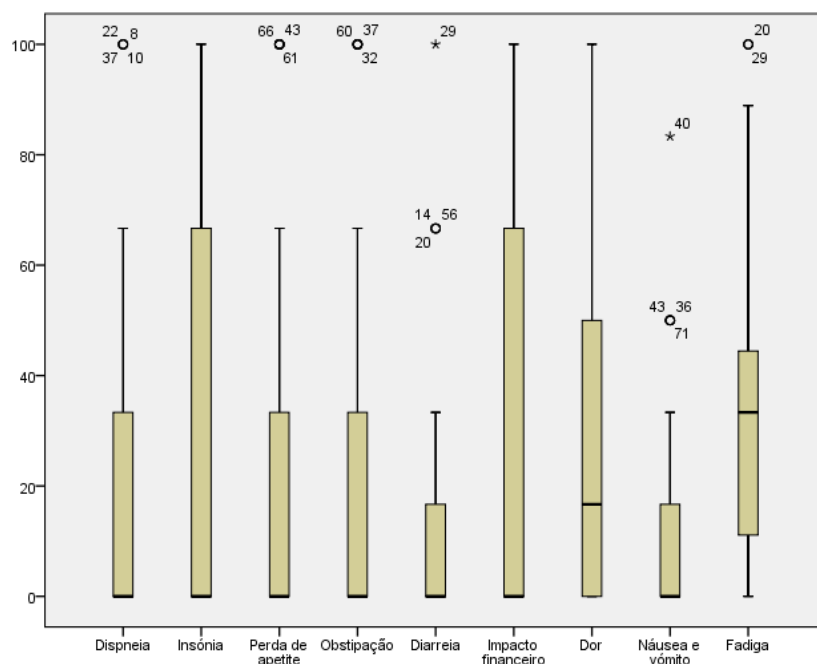
**Quadro 22 – Mediana e intervalo interquartil na avaliação dos sintomas
(componente QLQC30 da escala)**

Sintoma	Mediana	Intervalo interquartil
Dispneia	0,00	33,33
Insónia	0,00	66,67
Perda de apetite	0,00	33,33
Obstipação	0,00	33,33
Diarreia	0,00	33,33
Impacto financeiro	0,00	66,67
Dor	16,67	50,00
Náusea e vómito	0,00	16,67
Fadiga	33,33	33,33

É possível, deste modo, verificar, de acordo com o quadro anterior, que os sintomas mais documentados pelos doentes são a fadiga e a dor, com medianas de 33,33 e de 16,67, respetivamente. A insónia e o impacto financeiro, apesar de apresentarem uma mediana de 0,00, demonstram uma grande dispersão, com um intervalo interquartil de 66,67. Verifica-se, assim, que a insónia e os aspetos financeiros apresentam igualmente um grande impacto, a vários níveis, na vida dos doentes. Os sintomas/problemas menos relatados são as náuseas e vómitos, com uma mediana de 0,00 e um intervalo interquartil de 16,67.

O gráfico seguinte permite verificar a variação das medidas referidas.

Gráfico 5 – Diagrama de extremos e quartis dos sintomas (componente QLQC30)



É possível, de facto, verificar que as variáveis insónia, impacto financeiro, dor e fadiga são as variáveis com maior variação de respostas (entre 0,00 e 100). Destas, tal como referido na análise ao quadro anterior, a fadiga é o sintoma que apresenta a mediana mais elevada, seguida da dor, pelo que correspondem aos sintomas mais relatados e com um nível de intensidade mais elevado. Todos os outros apresentam uma mediana bastante baixa, sendo que alguns deles apresentam valores aberrantes com valor 100. Denota-se, assim, uma grande variação na sintomatologia da amostra, com níveis de intensidade díspares.

No que respeita à escala específica para os doentes com neoplasia da cabeça e pescoço (H&N35), o quadro seguinte explana os diversos sintomas e as alterações da cavidade oral. Esta caracterização é feita com base na mediana e intervalo interquartil, uma vez serem variáveis com distribuição assimétrica, à exceção da variável *boca seca*. No entanto, como forma de tornar uniforme a caracterização deste grupo de variáveis e uma vez que só existe uma com distribuição simétrica, a caracterização é efetuada de acordo com as características adequadas à distribuição anormal.

Quadro 23 – Mediana e intervalo interquartil na avaliação de sintomas específicos para a neoplasia da cabeça e pescoço (componente H&N35)

Sintoma	Mediana	Intervalo interquartil
Dor	16,67	41,67

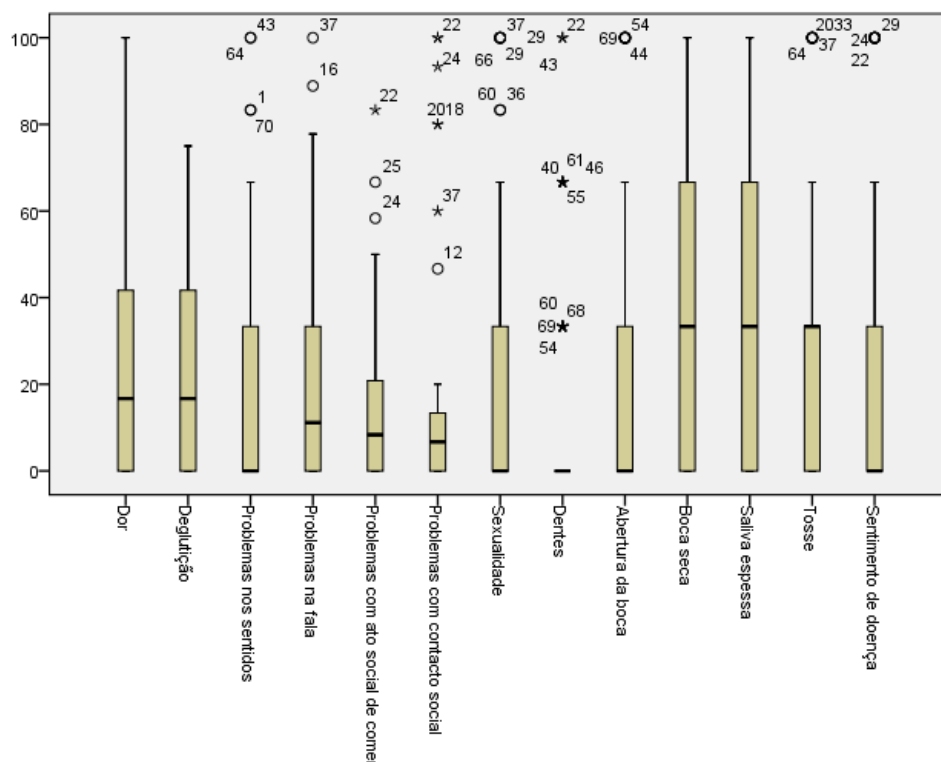
Deglutição	16,67	41,67
Problemas nos sentidos	0,00	33,33
Problemas na fala	11,11	33,33
Problemas no ato social de comer	8,33	25,00
Problemas com o contacto social	6,67	13,33
Sexualidade	0,00	33,00
Problemas com os dentes	0,00	0,00
Abertura da boca	0,00	33,00
Boca seca	33,33	67,00
Saliva espessa	33,33	67,00
Tosse	33,33	33,00
Sentimento de doença	0,00	33,00

Os resultados indicam que os problemas mais documentados pelos doentes são a xerostomia (*boca seca e saliva espessa*) e a *tosse*, com uma mediana de 33,33 e um intervalo interquartil de 67,00 para a xerostomia e uma mediana de 33,33 e um intervalo interquartil de 33,33 para a tosse. Estas são seguidas pela *dor* e pelos problemas com a *deglutição*, com uma mediana de 16,67 e um intervalo interquartil de 41,67.

Os problemas menos documentados são aqueles que estão relacionados com os dentes, com uma mediana de 0,00 e intervalo interquartil de 0,00. Este é seguido pelos *problemas nos sentidos*, a *sexualidade* e o *sentimento de doença*.

O gráfico seguinte permite, visualmente, compreender melhor a distribuição destas variáveis.

Gráfico 6 – Diagrama de extremos e quartis dos sintomas específicos para a neoplasia da cabeça e pescoço (componente H&N35)



Denota-se que, de facto, as variáveis *boca seca*, *saliva espessa* e *tosse* apresentam as medianas mais elevadas. Verifica-se que, apesar de os problemas com os dentes serem pouco frequentes nesta amostra, quando instalados apresentam uma intensidade moderada/elevada em alguns casos. À exceção das variáveis *dor*, *deglutição*, *boca seca* e *saliva espessa*, com uma distribuição quase normal, sendo mesmo a *boca seca* uma variável simétrica, todas as outras variáveis apresentam valores aberrantes, o que revela a grande assimetria de respostas obtidas nas suas avaliações.

A última parte do questionário diz respeito ao uso de analgésicos, ao uso de suplementos alimentares, à alimentação por via entérica e ao aumento/perda de peso. A caracterização destas variáveis é feita com recurso à sua frequência, estando tais dados expostos no quadro que se segue.

Quadro 24 - Distribuição da amostra de acordo com o uso de analgésicos, suplementos alimentares, alimentação por via entérica e aumento/perda de peso

	n	%
Utilização de analgésicos	51	71,83
Alimentação entérica	26	36,62
Suplementos alimentares	21	29,58

Perda de peso	41	57,75
Ganho de peso	17	23,94

Da análise do quadro anterior, verifica-se que a maioria dos doentes (n=51; 71,83%) refere tomar analgesia, indo este dado de encontro à elevada incidência de dor na amostra.

Este quadro indica, também, que a maioria dos doentes (n=41; 57,75%) perdeu peso. Verifica-se, também, que quase um quarto da amostra (n=17; 23,94%) aumentou de peso, tendo sido comum o uso de suplementos alimentares (n=21; 29,6%). Desta forma, constata-se que 58 pessoas (81,69%) tiveram oscilação de peso, o que significa que 13 doentes mantiveram o seu peso (18,31%).

Verifica-se, igualmente, que a perda de peso está bem patente e que a utilização de suplementos alimentares abrange quase um terço dos doentes desta amostra. Pode ainda verificar-se que há 26 doentes (36,62%) com alimentação entérica.

8.3 Impacto das alterações da cavidade oral sobre a perceção de QdV

Questão 1 - *Qual o impacto das alterações da cavidade oral de doentes com neoplasia da cabeça/pescoço sobre a sua QdV?*

Os resultados que se seguem foram adquiridos através da utilização do teste *t-student* para amostras não emparelhadas e do teste *Mann-Whitney e Wilcoxon*.

Quadro 25 – Relação entre as alterações da cavidade oral com os domínios funcionais e a QdV geral

	Mutilação	Dor	Xerostomia	Disfagia
Função emocional		U= 384,5; W=684,5 p<0,05	U=295,5; W=448,5 p<0,05	
Função social	U=435; W=813 p<0,05			
QdV global		t=3,450; p<0,01	t=4,214; p<0,01	t=2,295; p<0,05

Através da análise do quadro anterior, é possível verificar que a mutilação apresenta um impacto significativo sobre a função social e que, tanto a dor como a xerostomia, apresentam um impacto significativo sobre a função emocional. Desta forma, os doentes que apresentam mutilação (n=44; M=39,61) apresentam melhor

percepção da sua função social relativamente aos que não apresentam (n=27; M=30,11) qualquer tipo de mutilação (U=435; W=813; p<0,05). Aqueles que apresentam dor (n=47; M=39,82) apresentam uma percepção da sua função emocional mais alta comparativamente com os que não apresentam dor (n=24; M=28,52/U= 384,5; W=684,5; p<0,05). Aqueles que apresentam xerostomia (n=54; M=39,03) apresentam uma percepção da sua função emocional mais alta comparativamente com os que não têm xerostomia (n=17; M=26,38/U=295,5; W=448,5, p<0,05).

De acordo com o teste *t-student*, as diferenças sobre a QdV entre quem refere dor (t(69)=3,450; p<0,01) ou xerostomia (t(69)=4,214; p<0,01), comparativamente com os que não apresentam, são muito significativas e as diferenças entre quem apresenta e não apresenta disfagia (t(69)=2,295; p<0,05) são significativas. Desta forma, aqueles que apresentam dor (n=47; M=47,52) apresentam melhor percepção de QdV do que aqueles que não apresentam este sintoma (n=24; M=29,51). Aqueles que apresentam xerostomia (n=54; M=47,07) apresentam melhor percepção de QdV do que aqueles que não apresentam (n=17; M=23,53). Aqueles que apresentam disfagia (n=45; M=45,93) apresentam melhor percepção de QdV do que aqueles que não apresentam esta alteração (n=26, M=33,65).

Verifica-se, assim, que quem apresenta estes tipos de sintomas/alterações, refere apresentar melhor percepção de QdV.

Uma vez que as alterações mais frequentes na amostra (dor, disfagia e xerostomia) estão representadas na componente *H&N35* da escala, foi possível proceder-se a uma análise de correlação entre estas variáveis e a QdV global, bem como com os diversos domínios funcionais. Assim sendo, o quadro seguinte retrata os resultados obtidos através dos testes de *Spearman* e de *Pearson*.

Quadro 26 – Matriz de correlação entre a dor, a xerostomia e a disfagia com os domínios funcionais e a QdV global

	Dor	Xerostomia		Disfagia
		Boca seca	Saliva espessa	
Função física		**0,47		
Papel funcional	**0,39	**0,35		**0,24
Função emocional	**0,39	**0,49	*0,28	*0,25
Função cognitiva	*0,27		**0,35	**0,31
Função social		**0,34	*0,28	

QdV global	**0,61	**0,43	**0,45	**0,43
-------------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Tanto a QdV global como a função emocional são afetadas por todas as alterações descritas.

Relativamente à QdV, verifica-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente muito significativa com a dor ($r=0,61$; $p<0,01$), com a boca seca ($r=0,43$; $p<0,01$), com a saliva espessa ($r=0,45$; $p<0,01$) e com a disfagia ($r=0,43$; $p<0,01$).

A função física é apenas afetada pela boca seca, verificando-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente muito significativa entre ambas ($R=0,47$; $p<0,01$).

No que respeita ao papel funcional, verifica-se a presença de uma correlação positiva, fraca, estatisticamente muito significativa com a dor ($R=0,39$; $p<0,01$), a boca seca ($R=0,35$; $p<0,01$) e a disfagia ($R=0,24$; $p<0,01$), sendo a dor a que exerce maior impacto sobre esta variável.

A função emocional apresenta uma correlação positiva, moderada e estatisticamente muito significativa com a boca seca ($R=0,49$; $p<0,01$), sendo esta correlação fraca mas muito significativa com a dor ($R=0,39$; $p<0,01$). Existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa com a saliva espessa ($R=0,28$; $p<0,05$) e com a disfagia ($R=0,25$; $p<0,05$).

A função cognitiva apresenta uma correlação positiva, fraca e estatisticamente muito significativa com a saliva espessa ($R=0,35$; $p<0,01$) e com a disfagia ($R=0,31$; $p<0,01$) e uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa com a dor ($R=0,27$; $p<0,05$).

Por último, relativamente à função social, verifica-se a presença de uma correlação positiva, fraca e estatisticamente muito significativa com a boca seca ($R=0,34$; $p<0,01$) e uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa com a saliva espessa ($R=0,28$; $p<0,05$).

Desta forma, verifica-se que a dor e a boca seca causam maior impacto sobre a função emocional. Já a saliva espessa e a disfagia apresentam maior impacto sobre a função cognitiva.

8.4 Impacto dos tratamentos sobre as alterações da cavidade oral

Para proceder à análise das questões inerentes a estes objetivos, consideraram-se várias associações entre os três tipos de tratamentos, estando estas associações descritas nos quadros respetivos. Lembra-se que, para a QT e para a RT, foram feitas duas análises com base em dois tipos de associações diferentes. Desta forma, procedeu-se a uma comparação entre quem nunca tinha realizado estes tratamentos, com quem já os tinha realizado e com quem se encontrava a realizá-los, assim como se procedeu a uma comparação entre quem nunca os tinha realizado e entre quem os já tinha efetuado ou estava a realizar.

Questão 1 - Qual o impacto dos tratamentos nas alterações da cavidade oral da pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço?

Os resultados inerentes a esta questão foram obtidos através do teste qui-quadrado, estando expostos no quadro que se segue.

Quadro 27 – Relação entre o tratamento e as alterações da cavidade oral

	Mutilação	Mucosite	Dor	Xerostomia	Disfagia
Cx: fez, nunca fez	$X^2(1)=26,82$ $p<0,01$	$X^2(1)=13,18$ $p<0,01$			
RT: nunca fez, fez, a fazer		$X^2(2)=13,59$ $p<0,01$		$X^2(2)=6,33$ $p<0,05$	
RT: nunca fez, fez/a fazer		$X^2(1)=9,09$ $p<0,01$		$X^2(1)=5,95$ $p<0,05$	
QT: nunca fez, fez, a fazer	$X^2(2)=10,41$ $p<0,01$	$X^2(2)=20,13$ $p<0,01$	$X^2(2)=6,49$ $p<0,05$		
QT: nunca fez, fez/a fazer	$X^2(1)=7,17$ $p<0,01$	$X^2(1)=18,56$ $p<0,01$	$X^2(1)=6,09$ $p<0,01$		$X^2(1)=4,01$ $p<0,05$
QT/RT: fez, a fazer	$X^2(1)=4,01$ $p<0,05$	$X^2(1)=8,50$ $p<0,01$		$X^2(1)=4,85$ $p<0,05$	$X^2(1)=3,89$ $p<0,05$
Cx/RT/QT: fez	$X^2(1)=5,532$ $p<0,05$				

Observou-se um maior número de casos de mutilação nos doentes que foram submetidos a cirurgia ($n=37$; 52,11%), comparativamente com aqueles que não foram

submetidos a cirurgia (n=7; 9,86%). Apenas seis doentes que foram submetidos a cirurgia (8,45%) não apresentaram mutilação. A análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência de mutilação está relacionada com a terapia cirúrgica ($X^2(1)=26,82$; $p<0,01$).

Em relação aos tratamentos de QT, observou-se um maior número de casos de mutilação nos doentes que nunca tinham sido submetidos a este tipo de tratamento (n=24; 33,80%), comparativamente com aqueles que já tinham realizado QT (n=14; 19,72%) e com aqueles que se encontravam a realizar QT (n=6; 8,45%). A análise estatística inferencial permite, ainda assim, afirmar que a incidência de mutilação está relacionada com a realização de tratamentos de QT ($X^2(2)=10,41$; $p<0,01$).

No que respeita à realização tratamentos de QT e RT sob a forma combinada, observou-se um maior número de casos de mutilação nos doentes que nunca tinham sido submetidos a este tipo de combinação terapêutica (n=33; 46,48%), comparativamente com aqueles que já realizaram ou que se encontravam a realizar (n=11; 15,49%). Ainda assim, é possível afirmar que a incidência de mutilação está relacionada com a realização de tratamentos de QT e RT sob a forma combinada ($X^2(1)=4,01$; $p<0,05$).

Relativamente à realização de cirurgia, QT e RT, verificou-se que oito doentes (11,27%) desenvolveram algum tipo de mutilação. Note-se que este valor corresponde à totalidade de doentes que foram submetidos a esta combinação terapêutica. É assim possível afirmar que a realização desta tríade terapêutica influencia o desenvolvimento de mutilação ($X^2(1)=5,53$; $p<0,01$).

Em relação à mucosite, observou-se um maior número de casos nos doentes que não tinham sido submetidos a cirurgia (n=17; 23,94%), comparativamente com aqueles que foram submetidos a cirurgia, em que houve apenas oito casos de mucosite (11,27%). A análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência de mucosite está relacionada com a terapia cirúrgica ($X^2(1)=13,18$; $p<0,01$).

Relativamente ao tratamento de RT, observou-se um maior número de casos, total, de mucosite nos doentes que foram (n=8; 11,27%) ou estavam a ser submetidos a este tratamento (n=7; 9,86%), comparativamente com aqueles que nunca o tinham realizado (n=10; 14,08%). É possível concluir que o aparecimento de mucosite está relacionado com a realização de tratamentos de RT ($X^2(2)=13,59$; $p<0,01$).

No que respeita aos tratamentos de QT, observou-se um maior número de casos de mucosite nos doentes que se encontravam a realizar este tipo de tratamento (n=12; %), seguidos daqueles que já tinham realizado QT (n=11; 15,49%), existindo apenas 2 doentes (2,82%) com mucosite e que não tinham sido submetidos a QT. A análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência de mucosite está relacionada com a realização de tratamentos de QT ($X^2(2)=20,13$; $p<0,01$).

Verificou-se que aqueles que realizaram ou que se encontravam a realizar tratamentos de QT e RT combinada apresentaram um maior número de casos de mucosite (n=14; 19,72%) comparativamente com aqueles que nunca realizaram (n=11; 15,49%). É possível afirmar que a incidência de mucosite está relacionada com a realização de tratamentos de QT e RT sob a forma combinada ($X^2(1)=8,50$; $p<0,01$).

No que respeita à dor, observou-se que 15 (21,13%) daqueles que se encontravam a realizar QT referiam queixas álgicas, estando este sintoma presente também em 17 (23,94%) daqueles que já tinham realizado QT. Verificou-se a presença de 15 casos de dor (21,13%) em doentes que não tinham sido submetidos a este tratamento. Foi possível constatar que a realização de tratamentos de QT está relacionada com o aparecimento de dor ($X^2(2)=6,49$; $p<0,05$).

Na xerostomia, em relação à realização de RT, verifica-se que a maioria dos doentes com esta alteração (n=30; 42,25%) não tinha sido submetida a este tipo de tratamento. Apenas 8 doentes (11,27%) que apresentavam xerostomia estavam a realizar RT e 16 (22,54%) já tinham sido submetidos a este tratamento. A análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência de xerostomia está relacionada com a realização de tratamentos de RT ($X^2(2)=6,33$; $p<0,05$).

Verificou-se que 22 daqueles que apresentavam xerostomia (30,99%) tinham realizado ou encontravam-se a realizar tratamentos de QT e RT combinada, ao passo que 32 deles (45,07%) não tinham sido submetidos a esta combinação de tratamentos. É possível afirmar, ainda assim, que a incidência de xerostomia está relacionada com a realização de tratamentos de QT e RT sob a forma combinada ($X^2(1)=4,85$; $p<0,05$).

No que respeita à disfagia, e em relação aos tratamentos de QT, observou-se um maior número de casos nos doentes que se encontravam a realizar este tipo de

tratamento ou que já tinham realizado (n=30; 42,25%), existindo apenas 15 doentes (21,13%) com disfagia e que não tinham sido submetidos a QT. A análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência de disfagia está relacionada com a realização de tratamentos de QT ($X^2(1)=4,01$; $p<0,05$).

Verificou-se que naqueles que realizaram ou que se encontravam a realizar tratamentos de QT e RT combinada, 19 (26,76%) desenvolveram problemas com a deglutição e 26 (36,62%) não tiveram qualquer problema a este nível. Ainda assim, é possível afirmar que a incidência de disfagia está relacionada com a realização de tratamentos de QT e RT sob a forma combinada ($X^2(1)=3,89$; $p<0,05$).

8.5 Impacto dos tratamentos sobre a perceção de QdV

Questão 1 - *Qual o impacto dos tratamentos na perceção de QdV da pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço?*

Os resultados inerentes a esta questão foram obtidos através do teste de *Mann-Whitney e Wilcoxon* e de *Kruskall-Wallis*, estando expostos no quadro que se segue.

Quadro 28 – Relação entre o tratamento e a QdV e os seus domínios

	Função Física	Função cognitiva	Função social
RT: nunca fez, fez/a fazer	U=420,50; W=1455,50 $p<0,05$		
Cx/RT/QT: fez	U=138,5; W=2154,5 $p<0,05$	U=162,5; W=2178,5 $p<0,05$	U=157,5; W=2173,5 $p<0,05$

Não se verificam quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os diversos tipos de tratamento e a perceção da QdV global. Relativamente aos domínios funcionais, verificam-se diferenças ao nível da função física, cognitiva e social, da seguinte forma:

- Aqueles que se encontram a realizar tratamentos de RT, ou que já realizaram, apresentam melhor perceção da sua função física (n=36; M=42,33) do que aqueles que nunca realizaram (n=45; M=32,34) este tipo de tratamento (U=420,50; W=1455,50; $p<0,05$);
- Aqueles que realizaram os três tipos de tratamento apresentam melhor perceção da função física (n=8; M=50,19), do que aqueles que não

realizaram (n=63; M=34,20) as três modalidades de tratamento (U=138,5; W=2154,5; p<0,05);

- Aqueles que realizaram os três tipos de tratamento apresentam melhor percepção da função cognitiva (n=8; M=47,19) do que aqueles que não realizaram (n=63; M=34,58) as três modalidades de tratamento (U=162,5; W=2178,5; p<0,05);
- Aqueles que realizaram os três tipos de tratamento apresentam melhor percepção da função social (n=8; M=47,81), do que aqueles que não realizaram (n=63; M=34,50) as três modalidades de tratamento (U=157,5; W=2173,5; p<0,05).

8.6 Relação entre a localização tumoral e as alterações da cavidade oral

Para proceder a esta análise, dentro das diversas opções relativas à localização tumoral, foram tidos em conta os tumores da cavidade oral, da orofaringe, da hipofaringe e juntaram-se a um quarto grupo, os tumores da laringe e da faringolaringe. Desta forma, excluíram-se os grupos da faringe, do ouvido e os tumores ocultos por só apresentarem, cada um deles, apenas um caso, e a nasofaringe por apresentar apenas seis casos.

Questão 1 - *Qual a relação entre a incidência de alterações da cavidade oral e a localização do tumor primário?*

Os resultados inerentes a esta questão de investigação foram obtidos através do teste *qui-quadrado*. As percentagens descritas foram calculadas de acordo com o número total de doentes com tumores para a mesma localização anatómica e não relativamente à totalidade da amostra. O quadro seguinte revela a incidência das alterações de acordo com a localização tumoral.

Quadro 29 - Incidência das alterações da cavidade oral de acordo com a localização tumoral

	Cavidade oral	Orofaringe	Hipofaringe	Laringe e faringolaringe	X ²
Mutilação	n=9;90% **	n=7;33,33% **	n=10;100% **	n=15;71,43% **	X ² (3)=18,01;p<0,01
Mucosite	n=4;40% *	n=12;57,14% *	n=3;30% *	n=2;9,52% *	X ² (3)=10,87;p<0,05
Dor	n=6, 60% *	n=18;85,71% *	n=6; 60% *	n=9;42,86% *	X ² (3)=8,37; p<0,05

Xerostomia	n=8; 80%	n=17; 80,95%	n=5;50%	n=15;71,43%	
Disfagia	n=6;60%	n=18;85,71%	n=5;50%	n=10;47,62%	

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Verifica-se que existe um maior número de casos de mutilação naqueles que apresentam tumores na laringe e faringolaringe (n=15; 71,43%), seguidos dos tumores na hipofaringe (n=10; 100%), na cavidade oral (n=9; 90%) e na orofaringe (n=7; 33,33%). É possível constatar que existe uma relação estatisticamente muito significativa entre a localização tumoral e a presença de mutilação ($X^2(3)=18,01$; $p<0,01$).

Verifica-se que existe um maior número de casos de mucosite naqueles que apresentam tumores na orofaringe (n=12; 57,14%), seguidos dos tumores na cavidade oral (n=4; 40%), na hipofaringe (n=3; 30%) e na laringe e faringolaringe (n=2; 9,52%). É possível constatar que existe uma relação estatisticamente significativa entre a localização tumoral e a presença de mucosite ($X^2(3)=10,87$; $p<0,05$).

Verifica-se que existe um maior número de casos de dor naqueles que apresentam tumores na orofaringe (n=18; 85,71%), seguidos dos tumores na laringe e faringolaringe (n=9; 42,86%) e da cavidade oral e da hipofaringe, ambos com seis casos (60%). É possível constatar que existe relação estatisticamente significativa entre a localização tumoral e a presença de dor ($X^2(3)=8,37$; $p<0,05$).

No que respeita à xerostomia, existe um maior número de casos naqueles que apresentam tumores na orofaringe (n=17; 80,95%), seguidos da laringe e faringolaringe (n=15; 71,43%), da cavidade oral (n=8; 80%) e da hipofaringe (n=5; 50%), não existindo, contudo, uma estatisticamente significativa entre a localização tumoral e a presença de xerostomia.

Relativamente à disfagia, a maioria daqueles que possuíam esta alteração apresentavam tumor na orofaringe (n=18; 85,71%), seguidos da laringe e faringolaringe (n=10; 47,62%), da cavidade oral (n=6; 60%) e da hipofaringe (n=5; 50%). não existindo, contudo, uma estatisticamente significativa entre a localização tumoral e a presença de disfagia.

Conclui-se, assim, que aqueles que apresentam neoplasia da laringe ou faringolaringe têm uma maior probabilidade de apresentar mutilação e que aqueles que apresentam neoplasia da orofaringe têm maior probabilidade de desenvolver mucosite e dor.

8.7 Relação da localização tumoral e a percepção da QdV

Questão 1 - Qual a relação entre a localização do tumor primário e a percepção da QdV?

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a localização do tumor primário e a percepção da QdV global, assim como em relação aos diversos domínios funcionais da QdV.

8.8 Relação entre o tempo decorrido após o início do tratamento e as alterações da cavidade oral

Questão 1 - Qual a relação entre a incidência de alterações da cavidade oral e o tempo decorrido após o início do tratamento inicial?

Os resultados inerentes a esta questão de investigação foram obtidos através da utilização do teste *qui-quadrado*. O quadro que se segue apresenta a distribuição da incidência das alterações da cavidade oral ao longo do tempo. As percentagens descritas foram calculadas de acordo com o número total de doentes para determinada alteração da cavidade oral, e não em relação à totalidade da amostra.

Quadro 30 – Incidência das alterações da cavidade oral ao longo do tempo

	Tempo			X ²
	<1 mês	1 mês a 5 meses	6 meses e 1 ano	
Mutilação	n=14; 31,82%	n=13; 29,55%	n=17;	
Mucosite	n=2*; 8%	n=13*; 52%	n=10*; 40%	X ² (2)=7,19; p<0,05
Dor	n=12; 25,53	n=17; 36,17%	n=18; 38,30%	
Xerostomia	n=13; 24,07%	n=18; 33,33%	n=23; 42,59%	
Disfagia	n=11; 24,44%	n=17; 15,56%	n=17; 37,78%	

Nota. *p<0,05;

Verifica-se que existe um maior número de casos de mucosite naqueles que iniciaram tratamento entre 1 mês a 5 meses (n=13; 52%). Existem apenas dois casos de mucosite (8%) no primeiro mês após o início do tratamento e 10 casos (40%) no período entre 6 meses e 1 ano. É possível constatar que existe uma relação estatisticamente significativa entre a o tempo e a presença de mucosite (X²(2)=7,19; p<0,05).

Relativamente à mutilação, à dor, à xerostomia, e à disfagia, apesar de não se ter obtido uma relação com significado estatístico para estas variáveis, verifica-se ainda assim que o seu pico de manifestação se situa no último período de análise (entre 6 meses a 1 ano). Esta variação ao longo do tempo é mais evidente para a xerostomia, em que há um aumento significativo da sua manifestação ao longo do tempo. Tanto a mutilação, como a dor e a disfagia apresentam um aumento da sua incidência, ao longo do tempo, mais discreto.

8.9 Relação entre o tempo decorrido após o início do tratamento e a percepção de QdV

Questão 1 - *Qual a relação entre o tempo decorrido após o início do tratamento inicial e a percepção da QdV?*

Constata-se a presença de diferenças estatisticamente significativas entre a variável tempo e a QdV global. No entanto, não se verificam diferenças entre o tempo decorrido após o início do tratamento e os diversos domínios funcionais. É, assim, possível afirmar que o tempo teve um efeito estatisticamente significativo sobre a percepção de QdV global ($F(2)=4,12$, $p<0,05$).

De acordo com o teste *post-hoc* de Tukey, as diferenças estatisticamente significativas para este fator ocorrem entre o intervalo <1 mês e o intervalo de 6 meses a 1 ano ($p<0,05$), sendo possível concluir que o grupo de doentes que iniciou tratamento há mais tempo, isto é, entre 6 meses e 1 ano, apresenta pior percepção de QdV global relativamente ao grupo de doentes que apenas iniciou tratamento há menos de 1 mês.

8.10 Relação entre os dados sociodemográficos e a percepção de QdV

Questão 1 – *Qual a relação entre a idade e as habilitações literárias com a percepção de QdV?*

Para dar resposta a esta questão recorreu-se à correlação bivariada, neste caso de *Pearson*. Não se obteve, contudo, qualquer relação estatisticamente significativa.

Para obter uma correlação entre a variável idade e os diversos domínios da função da QdV foi utilizada a correlação de *Spearman*, tendo-se verificado a presença de correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa com a função física

($r_s=0,27$, $p<0,05$). Denota-se, portanto, que, quanto maior a idade, melhor é a percepção da função física.

Relativamente à variável habilitações literárias, através da utilização a correlação bivariada de *Spearman*, verificou-se que não existe relação entre esta e a QdV global, assim como para os diversos domínios funcionais.

Questão 2 – Qual a relação entre o sexo e a percepção de QdV?

De acordo com o teste *t-student* para amostras não emparelhadas, as diferenças observadas entre o sexo e a percepção da QdV são estatisticamente significativas ($t(69)=-2,19$; $p<0,03$). É possível, assim, verificar que as mulheres apresentam melhor percepção de QdV global ($n=4$; $M=64,58$) relativamente aos homens ($n=67$, $M=40,05$). No que diz respeito aos diversos domínios funcionais, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a variável sexo.

Questão 3 – Qual a relação entre o estado civil e a percepção de QdV?

O estado civil apresenta um efeito estatisticamente muito significativo sobre a percepção de QdV global ($F(3)=4,75$; $p<0,01$). De acordo com o teste *post-hoc* de *Tukey*, verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os solteiros e os casados/união de facto ($p<0,05$) e entre os solteiros e os divorciados ($p<0,05$). É possível constatar que os solteiros apresentam pior QdV global do que os casados ou que vivem em união de facto, sendo maior esta diferença relativamente aos divorciados.

O grupo de doentes divorciados apresenta, assim, melhor avaliação a este nível relativamente aos restantes, seguidos dos casados ou que vivem em união de facto, dos viúvos e, por fim, pelos solteiros que são o grupo que pior avalia a sua QdV global.

Para avaliar o impacto do estado civil sobre os diversos domínios funcionais que compõem a QdV, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskall-wallis*, seguido da comparação múltipla das médias das ordens como descrito em Maroco (2007).

Verifica-se, assim, a presença de diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a função emocional ($X^2_{KW}(3)=7,97$; $p<0,05$). De acordo com a comparação múltipla das médias das ordens, existem diferenças estatisticamente significativas entre os solteiros e os casados ou que vivem em união de facto ($p<0,05$), sendo este último o grupo que apresenta melhor percepção da sua função emocional

(n=49; M=40,46), seguidos solteiros (n=11; M=25,14), dos viúvos (n=5, M=25,20) e, por fim, dos divorciados (n=6; M=24,67).

Questão 4 – Qual a relação entre a situação de alojamento e a percepção de QdV?

Para proceder a esta análise, tiveram-se em conta as opções *vive só* e *vive com a família*, tendo-se assim excluído a opção *vive em instituição* por só existir um caso na amostra com esta condição.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a situação de alojamento e a percepção de QdV global. No que respeita aos diversos domínios funcionais, de acordo com o teste de *Mann-Whitney e Wilcoxon*, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a situação de alojamento e a função emocional (U=111,50; W=242; p=0,03). Assim sendo, é possível verificar que aqueles que vivem com a família (n=63; M=37,23) apresentam melhor percepção da sua função emocional do que aqueles que vivem sós (n=7; M=19,93).

Questão 5 – Qual a relação entre a situação profissional e a percepção de QdV?

Para proceder a esta análise, excluíram-se as opções *estudante* e *doméstica* por apresentarem apenas 3 casos na amostra, tendo-se assim contemplado as situações *empregado*, *desempregado* e *reformado/inválido*.

Quer em relação à QdV global, quer em relação aos diversos domínios funcionais, não se verificam diferenças estatisticamente significativas com a situação profissional.

8.11 Relação entre diversas variáveis e a QdV

Embora não tenham constituído objetivos iniciais na realização deste trabalho relacionar as variáveis que se seguem com a percepção da QdV, após a sua colheita, para a caracterização da amostra, considerou-se pertinente avaliar a possibilidade de a QdV poder ser influenciada por elas. Desta forma, procedeu-se à análise da relação entre a QdV global e os seus domínios funcionais, o estadio tumoral, a presença/ausência de sintomas, o local de seguimento do doente (internamento ou ambulatório), os hábitos tabágicos e alcoólicos, a presença de traqueostomia, a via de alimentação, a alteração da

consistência alimentar, o tipo de disfagia, a dentição e o uso de prótese dentária, o ganho e a perda de peso, o uso de analgésicos e a sexualidade.

8.11.1. – Estadio tumoral e presença/ausência de sintomas

Para proceder à análise do estadio tumoral, foram selecionados os estadios II, III e IV uma vez existirem apenas dois casos na amostra com estadio tumoral I.

Não se verificam, no entanto, quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre o estadio tumoral e a QdV global, bem como com os diversos domínios funcionais e as alterações da cavidade oral. O mesmo se repete para a variável presença/ausência de sintomas.

8.11.2 Seguimento

Questão 1 – Qual a relação entre o local de seguimento do doente e a QdV?

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o local de seguimento do doente (internamento ou ambulatório) e a QdV global. Relativamente aos diversos domínios funcionais, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com o papel funcional, a função emocional, a função cognitiva e a função social. Os resultados obtidos através do teste *Mann-Whitney e Wilcoxon* estão descritos no quadro que se segue.

Quadro 31 – Relação entre local de seguimento e os diversos domínios funcionais da QdV

	Internamento	Ambulatório	U; W	p
Papel funcional	n=28; M=42,86	n=43; M=31,53	U=410; W=1356	p<0,05
Função emocional	n=28; M=42,23	n=43; M=31,94	U=427,50; W=1373,50	p<0,05
Função cognitiva	n=28; M=42,89	n=43; M=31,51	U= 409; W= 1355	p<0,01
Função social	n=28; M=44,09	n=43; M=30,73	U=375,50; W= 1321,50	p<0,01

Através da análise efetuada, verifica-se que os doentes que estão internados apresentam melhor perceção ao nível das funções enunciadas, comparativamente com os doentes que estão a ser seguidos em ambulatório, sendo estas diferenças estatisticamente significativas para o papel funcional (U=410; W=1356; p<0,05) e emocional (U=427,50; W=1373,50; p<0,05) e muito significativas para a função cognitiva (U= 409; W= 1355; p<0,01) e social (U=375,50; W= 1321,50; p<0,01).

8.11.3 Hábitos tabágicos e alcoólicos

Questão 1 – *Qual a relação entre a presença de hábitos tabágicos/alcoólicos e a QdV?*

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os hábitos tabágicos/alcoólicos e a QdV, assim como relativamente aos diversos domínios funcionais.

8.11.4 Traqueostomia

Questão 1 – *Qual a relação entre a presença de traqueotomia e a QdV?*

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a presença/ausência de traqueostomia e a QdV global. Relativamente aos diversos domínios funcionais, de acordo com o teste *Mann-Whitney e Wilcoxon*, verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a função cognitiva ($U=483$; $W=1303$; $p<0,05$), constatando-se que aqueles que apresentam traqueostomia possuem melhor perceção da sua função cognitiva ($n=31$; $M=40,42$) do que aqueles que não apresentam traqueostomia ($n=40$; $M=32,58$).

8.11.5 Via de alimentação

Questão 1 – *Qual a relação entre a via de alimentação e a QdV?*

Existem diferenças estatisticamente significativas entre a via de alimentação (oral ou entérica) e a perceção de QdV global ($t(69)=-2,65$, $p<0,05$), assim como existem também diferenças significativas para os dois tipos de alimentação entérica abordados (SNG ou PEG) e a QdV global ($t(24)=2,24$; $p<0,05$). Desta forma, de acordo com o teste *t-student*, verifica-se que aqueles que se alimentam por via entérica apresentam melhor perceção de QdV ($n=26$, $M=50,32$) do que aqueles que se alimentam oralmente ($n=45$; $M=36,30$). Aqueles que se alimentam por SNG apresentam melhor perceção de QdV ($n=18$, $M=56,48$) do que aqueles que se alimentam por PEG ($n=8$; $M=36,46$).

Relativamente aos diversos domínios funcionais que compõem a QdV, de acordo com o teste *Mann-Whitney e Wilcoxon* verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a função cognitiva, entre os que se alimentam por via oral e entérica ($U=429,5$; $W=1464,50$; $p<0,05$), sendo aqueles que se alimentam por via entérica percecionam melhor a sua função cognitiva ($n=26$; $M=41,98$) do que aqueles que se alimentam oralmente ($n=45$; $M=32,54$).

8.11.6 Alteração da consistência alimentar

Questão 1 – Qual a relação entre a alteração da consistência alimentar e a QdV?

Para estudar a relação entre a QdV global e a alteração da consistência alimentar, dentro dos que se alimentam por via oral, consideraram-se aqueles que ingerem todo o tipo de alimentos, os que se alimentam com alimentos moles e os que se alimentam com alimentos pastosos. Excluiu-se, portanto, a consistência líquida por só apresentar um caso.

Após a análise efetuada, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável QdV global. Para avaliar o impacto sobre os diversos domínios funcionais que compõem a QdV, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-wallis*, seguido da comparação múltipla das médias das ordens como descrito em Maroco (2007).

Desta forma, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do papel funcional ($X^2_{KW}(2)=8,53$; $p<0,05$) e função emocional ($X^2_{KW}(2)=8,79$; $p<0,05$). De acordo com a comparação múltipla das médias das ordens, tanto para o papel emocional como para o papel funcional, existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de consistência alimentar apresentados. O quadro que se segue ilustra os resultados obtidos.

Quadro 32 – Relação entre alteração da consistência e o papel funcional e a função emocional

Alteração da consistência	Papel funcional	Função emocional
Mole	n=4; M=33,88	n=4; M=36,75
Pastosa	n=20; M=24,93	n=20; M=24,40
Sem alterações	n=20; M=17,80	n=20; M=17,75
X^2_{KW} ; p	$X^2_{KW}(2)=8,53$; $p<0,05$	$X^2_{KW}(2)=8,79$; $p<0,05$

É possível, assim, verificar que aqueles que se alimentam com uma dieta mole apresentam melhor perceção do seu papel funcional (n=4; M=33,88), seguidos dos que se alimentam de alimentos pastosos (n=20; M=24,93) e, por último, por aqueles que não possuem alterações na sua dieta (n=20; M=17,80). É possível ainda constatar que aqueles que se alimentam de dieta pastosa, apresentam melhor perceção do seu papel funcional relativamente aos que não apresentam alterações da consistência alimentar.

Relativamente à função emocional, verifica-se que aqueles que se alimentam com uma dieta mole apresentam melhor perceção da sua função emocional (n=4;

M=36,75), seguidos dos que se alimentam de alimentos pastosos (n=20; M=24,40) e, por último, por aqueles que não possuem alterações na sua dieta (n=20; M=17,75).

É possível ainda constatar que aqueles que não apresentam alterações da consistência alimentar são os que percebem pior o seu papel funcional e a sua função emocional.

8.11.7 Tipo de disfagia

Questão 1 – Qual a relação entre o tipo de disfagia e a QdV?

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre tipo de disfagia e a QdV global. Relativamente aos diversos domínios funcionais, verifica-se a existência de relação entre o tipo de disfagia e a função física, o papel funcional e a função emocional. Os resultados foram obtidos através do teste não paramétrico de *Kruskal-wallis*, seguido da comparação múltipla das médias das ordens, como descrito em Maroco (2007).

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da função física ($X^2_{KW}(5)=11,49$; $p<0,05$), do papel funcional ($X^2_{KW}(5)=12,29$; $p<0,05$) e da função emocional ($X^2_{KW}(5)=12,99$; $p<0,05$).

De acordo com a comparação múltipla das médias das ordens, no que respeita à função física, aqueles que apresentam disfagia para líquidos apresentam uma percepção da sua função física melhor (n=4; M=36,13) do que aqueles que apresentam disfagia para sólidos e líquidos (n=3; M=14,83), para pastosos e líquidos (n=2; M=11,50) e para sólidos e pastosos (n=4; M=9,63).

Relativamente ao papel funcional, verifica-se que aqueles que apresentam disfagia para sólidos e líquidos (n=2; M=36) demonstram uma percepção do seu papel funcional melhor do que aqueles que apresentam disfagia para líquidos (n=4; M=34,50), para sólidos, pastosos e líquidos (n=22; M=24,16), para sólidos (n=10, M=21,30) e para sólidos e pastosos (n=4; n=11,50).

Em relação à função emocional, os que apresentam disfagia para líquidos demonstram uma percepção da sua função emocional melhor (n=4; M=36,25) do que aqueles que apresentam disfagia para sólidos e pastosos (n=4; M=18,38), para pastosos e líquidos (n=2; M=16,50) e para sólidos e líquidos (n=3; M=8,00).

8.11.8 Dentição e uso de prótese dentária

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre tipo de dentição e a QdV global, assim como relativamente aos diversos domínios funcionais. O mesmo se verifica em relação à variável prótese dentária.

8.11.9 Ganho e perda de peso

Questão 1 – *Qual a relação entre o ganho e perda de peso e a QdV?*

Através da utilização do teste *t-student*, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que ganharam peso e aqueles que o mantiveram ou perderam ($t(69) = 2,29$; $p < 0,05$). De acordo com a análise efetuada, verifica-se que aqueles que aumentaram de peso apresentam pior perceção de QdV ($n=17$; $M=30,88$) comparativamente com os que perderam peso ($n=41$, $M=45,94$).

Relativamente ao impacto sobre os diversos domínios funcionais, verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativas entre a variação de peso e o papel funcional ($U=321$; $W=474$; $p < 0,05$) e muito significativas para a função emocional ($U=258$, $W=411$; $p < 0,01$). Através da análise dos resultados é possível inferir que aqueles que perderam peso apresentam uma melhor perceção do seu papel funcional ($n=41$; $M=38,56$) comparativamente com os que ganharam peso ($n=17$; $M=27,88$). Relativamente à função emocional, aqueles que perderam peso ($n=41$; $M=39,72$) apresentam, também, melhor perceção a este nível do que aqueles que ganharam peso ($n=17$; $M=24,18$).

8.11.10 Uso de analgésicos

Questão 1 – *Qual a relação entre o uso de analgésicos e a QdV?*

De acordo com o teste *t-student*, existe uma relação estatisticamente significativa entre o uso de analgésicos e a perceção de QdV global ($t(69) = -2,60$; $p < 0,05$), denotando-se que aqueles que recorrem a este tipo de fármacos apresentam melhor perceção de QdV ($n=51$; $M=45,59$) comparativamente com aqueles que não os utilizam ($n=20$; $M=30,83$). No que respeita aos diversos domínios funcionais, não se verificou qualquer relação estatisticamente significativa entre estes e o uso de analgésicos.

8.11.11 Sexualidade

Questão 1 – *Qual a relação entre a sexualidade e a QdV?*

A variável sexualidade encontra-se descrita na escala utilizada, tendo sido utilizada a correlação bivariada de *Pearson* para estudar a sua relação com a QdV e a correlação bivariada de *Spearman* para a relacionar com os diversos domínios funcionais.

Após a análise efetuada, verificou-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre a sexualidade e a QdV. Relativamente aos diversos domínios funcionais, verifica-se que existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa ($r_s=0,26$; $p<0,05$) entre a sexualidade e a função emocional. Isto significa que quanto melhor é o desempenho e a perceção da sexualidade do indivíduo, melhor também é percecionada a sua função emocional.

PARTE IV
DISCUSSÃO

9. Discussão

Após ter sido realizada uma revisão sobre o estado atual do conhecimento relativamente à problemática em estudo e terem sido apresentados os resultados obtidos, cabe agora proceder à análise e discussão dos dados obtidos e a sua implicação para o conhecimento da temática.

Este capítulo está, assim, organizado de acordo com os objetivos propostos para este trabalho, onde serão discutidos os resultados adquiridos para cada um deles, e concluindo-se com uma discussão relativamente às limitações inerentes ao desenvolvimento do estudo.

9.1 Incidência das alterações da cavidade oral

As alterações da cavidade oral mais referidas pelos doentes da presente amostra foram a xerostomia, a dor, a disfagia e a mutilação.

No que respeita à dor, a maior parte dos doentes apresentava-a em três regiões anatómicas (boca, maxilar e garganta), sendo este grupo seguido por 10 doentes (14,08%), que apresentava dor na garganta, exclusivamente. Estas três regiões anatómicas, quando analisadas individualmente, verificou-se que a garganta correspondeu à região anatómica com maior número de queixas álgicas, seguida da boca e, por fim, do maxilar. Durante a recolha de dados foram contempladas outras regiões anatómicas, para além das sugeridas pela escala *H&N35*, tendo-se verificado que sete dos doentes que referiram dor, apresentaram este sintoma noutras regiões como a coluna, a bacia, os ombros, a face, o pescoço, os ouvidos e a cabeça. A maioria destes casos apresentava esta sintomatologia em combinação com a boca, com o maxilar e/ou com a garganta. É possível, desta forma, verificar a possibilidade da irradiação deste sintoma, sendo importante, na avaliação do doente, contemplar outras regiões anatómicas, de forma a ter em conta aquelas que não estão diretamente ligadas com a localização do tumor.

Tendo em conta a questão que dizia respeito à utilização de analgésicos, verificou-se que a maioria dos doentes referiu tomar este tipo de fármacos. Este dado vai de encontro à elevada incidência de dor na amostra, como anteriormente foi referido. Verifica-se, assim, que, apesar de existirem 51 doentes a tomar analgésicos e

existirem 47 que referiam dor, depreende-se que apenas quatro deles poderiam ter este sintoma controlado. Contudo, não se poderá tecer qualquer conclusão a este respeito, uma vez que, para tal, deveria ter sido avaliado o tipo de analgesia prescrita, a sua gestão por parte do doente, a existência de tomas em situações de dor irruptiva (*SOS*) e qual a intensidade dolorosa antes e após cada toma, o que não constituiu objetivo deste estudo. Ainda em relação ao uso de analgésicos, verificou-se que aqueles que os utilizavam apresentavam melhor perceção de QdV global comparativamente com os que não tomam estes fármacos. Este aspeto está relacionado com o controlo da dor, pelo que, quanto menor o sintoma, nomeadamente através do controlo de analgésicos, melhor é a perceção de QdV.

Relativamente à disfagia, verificou-se que a maior parte dos doentes apresentava disfagia para os três tipos de consistência alimentar (sólidos, líquidos e pastosos). Através da análise do tipo de disfagia exclusivamente para sólidos, pastosos ou líquidos, verifica-se que a maioria apresentava disfagia para sólidos. Tendo em conta que a maior parte dos doentes apresentava disfagia para todo o tipo de alimentos, este dado poderá estar relacionado com o facto de a garganta ser a região anatómica com mais referência a queixas dolorosas. Pode ainda constatar-se que existiam 26 doentes (36,62%) com alimentação entérica, o que pode tal significar que havia quatro pessoas que, apesar de apresentarem alimentação entérica, poderiam estar a fazê-lo para prevenção de alguma complicação, como suporte nutricional ou seriam casos com via de alimentação entérica temporária.

Uma vez que a dor, a xerostomia e a disfagia estavam contempladas na escala *H&N35*, e dado se apresentarem como variáveis quantitativas, através da análise de correlação entre elas foi possível tecer algumas considerações. Desta forma, verificou-se que a xerostomia e a disfagia se apresentavam relacionadas com a dor, pelo que, sendo a relação entre a dor e a disfagia mais forte, comparativamente com a dor e a xerostomia, pode concluir-se que aqueles que apresentavam disfagia têm uma maior probabilidade de desenvolver dor do que aqueles que apresentavam xerostomia.

Relativamente à xerostomia, esta encontrava-se relacionada com a dor e com alterações na deglutição, tal como Baker, Pamkhurst e Robinson (2006) referiram. Através da análise efetuada, verificou-se que as alterações na qualidade da saliva (saliva espessa), apresentavam-se relacionadas com mais casos de dor e de disfagia do que a diminuição da produção de saliva (boca seca). Verifica-se, igualmente, que as duas

dimensões da xerostomia se relacionam entre si, ainda que de uma forma fraca, pelo que, normalmente, se associam uma à outra.

Dada a relação existente entre estas três alterações, tal pode levar a crer que, tanto a xerostomia como a disfagia, podem constituir preditores para o desenvolvimento de dor.

Embora a mucosite não tenha sido uma das alterações com maior incidência, mostrou-se, ainda assim, como uma alteração bem presente na amostra (n=25; 35,21%), merecendo ser objeto de reflexão. Uma vez que a presença de xerostomia pode contribuir para o desenvolvimento da mucosite e, quando instalada, esta alteração constitui também motivo de sofrimento pela dor que produz, a sua incidência pode estar relacionada com a presença, elevada, de dor e de xerostomia (Benito, 2010; Fisher *et al.*, 2003; Kellicker e Schub, 2011).

De acordo com a escala *QLQC30*, verifica-se que os problemas mais documentados por estes doentes foram a fadiga e a dor, tal como verificado anteriormente, e os menos documentados foram as náuseas e vômitos. Sendo estes sintomas bastante comuns naqueles que são submetidos a QT e estando 18 doentes (25,35%) a realizar este tratamento no momento da colheita de dados, verifica-se tratar-se de um sintoma que se apresentava relativamente bem controlado.

De acordo com a escala *H&N35*, verifica-se que o problema mais relatado, para além da xerostomia, da dor e da disfagia, foi a tosse e os menos relatados aqueles que estão relacionados com os dentes e os problemas nos sentidos. Relativamente aos problemas com os dentes, estando as cáries de radiação diretamente relacionadas com os tratamentos de QT e RT, verifica-se que, apesar de existir um grande número de doentes a realizar, ou que já tinha realizado estes tipos de tratamento, apenas 4,23% (n=3) apresentava cárie de radiação na semana que antecedeu a recolha de dados.

9.2 Descrição da percepção de QdV

Apesar da doença oncológica se revestir de uma enorme carga emocional e, associada ao tratamento que lhe é imposto, acarretar uma série de alterações que põem em causa a QdV de quem dela padece, a sua avaliação nesta investigação, embora negativa alta, supera as avaliações atribuídas aos diversos domínios funcionais, apresentando um desvio-padrão que revela a existência de algumas avaliações positivas.

Todos os domínios funcionais da QdV apresentaram uma mediana e intervalo interquartil negativos, sendo a função física aquele que foi perçecionado da melhor forma. Este dado parece, no entanto, ser incongruente com o facto de existirem apenas seis doentes com sintomatologia controlada (8,45%). Tal dado poderá ser explicado pela possibilidade de existirem elevadas perceções de perigo e reduzidas aspirações que conduzem a uma favorável percepção de QdV (Leiberich *et al.*, 1993). As baixas expectativas podem explicar o facto de, apesar da existência de sintomatologia, o facto de a pessoa manter autonomia no exercício das atividades diárias, pode levar a que a sua percepção da função física seja valorizada.

A função cognitiva corresponde à função que os doentes pior perçecionaram, considerando assim um limiar de atenção e concentração baixos e, consequentemente, uma performance intelectual mais deteriorada. Este dado, regra geral, encontra-se a par de uma fraca percepção da função emocional. Apesar de a função emocional apresentar a segunda melhor avaliação, verifica-se que, através da análise de correlação entre os diversos domínios funcionais, esta se relaciona de forma diretamente proporcional com a função cognitiva. Desta forma, a tensão, a preocupação e a irritabilidade podem condicionar os índices de atenção do doente.

A par da função cognitiva, encontra-se a percepção da função social, considerando os doentes que o seu estado físico e o tratamento afetaram a sua relação familiar e social. As implicações nas relações familiares e sociais podem, assim, levar a uma maior desconcentração. Também através da análise de correlação, verifica-se a existência de uma relação diretamente proporcional entre estas variáveis, pelo que a percepção da função social parece influenciar os índices de concentração e atenção.

Através da análise de correlação verifica-se que existe uma relação moderadamente forte entre a função física e a função emocional, pelo que se conclui que, quanto melhor a percepção da função física, melhor é a emocional, existindo, assim, menos sentimentos de tensão, preocupação e irritabilidade. Este dado está relacionado com o facto de estes dois domínios funcionais terem medianas muito próximas. Verifica-se, igualmente, a presença de uma correlação moderadamente forte entre a função social e emocional, pelo que se conclui que, quanto melhor a percepção da função social, são também menores os sentimentos de irritabilidade, preocupação ou tensão.

Apesar de apresentar uma mediana nula, o impacto financeiro, avaliado através da *QLQC30*, constitui um problema para a amostra, tendo apresentado um intervalo

interquartil de 66,67. Verifica-se a existência de uma grande variabilidade de respostas à questão assinalada, sendo, portanto, um problema com grande diversidade de impacto. No entanto, este não deixa de existir. Tendo em conta que 25,35% dos doentes se encontram desempregados e que 47,88% habitam fora do distrito do Porto, necessitando, assim, de uma maior deslocação, com mais gastos associados, para realizar os tratamentos ou frequentar as consultas, estes dados podem explicar a importância deste fator que afeta a QdV.

De acordo com a H&N35, o *sentimento de doença* e a *sexualidade* são dos problemas menos relatados. O facto de existir uma baixa referência ao sentimento de doença, pode ter a ver com o facto de a função física ser bem percecionada. Desta forma, a pessoa, verificando que mantém autonomia no desempenho de diversas atividades de vida diárias, percebe de forma mais baixa a situação de doença, não se sentindo, por isso, doente. No que respeita à sexualidade, apesar de grande parte dos doentes não referir quaisquer dificuldades a este nível, verifica-se que, quem os experiencia, apresenta uma percepção da sua função emocional mais baixa.

9.3 Relação entre as alterações da cavidade oral e a percepção de QdV

A análise que se segue, e como descrito no capítulo relativo à apresentação dos resultados, tem em conta a mucosite, uma vez constituir foco importante da prática de enfermagem, estando presente em 35,21% da amostra.

Os dados adquiridos mostram que, relativamente à mutilação, esta apresenta um impacto significativo sobre a percepção da função social, tendo-se verificado que aqueles que a apresentam, percebem melhor a sua função social. De facto, e de acordo com diversos autores, a mutilação, nomeadamente numa área visível por todos, como a face ou o pescoço, pode acarretar um impacto significativo sobre as interações sociais do doente (Bowers, 2008; Callanham, 2004). No entanto, seria de esperar que esta alteração pudesse estar relacionada com pior percepção ao nível da função social. Os resultados obtidos parecem, assim, estar relacionados com as expectativas do doente. As expectativas do doente, no momento que antecede o tratamento, são mais baixas pelo que, ao perceber, mais tarde, que é capaz de manter os seus contactos sociais e de se adaptar às diferenças que apresenta, como resultado da mutilação, leva a que valorize estas ações, percebendo, assim, melhor a sua função social.

Desta forma, as pessoas aprendem a lidar com a situação que lhes é apresentada como irreversível e, com o tempo, adquirem habilidades e conhecimentos que lhes permite lidar com a nova imagem e com as sequelas do tratamento (Vilaseca, Chen e Beckscheider, 2006). Apesar de estar descrito na bibliografia consultada (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009; Schliephake *et al.*, 1998), não foi possível, neste estudo, verificar a sua relação com a QdV global, nem com o desempenho funcional.

Relativamente à dor, os resultados obtidos permitem afirmar que este sintoma está relacionado com melhor perceção da função emocional e melhor perceção de QdV. Este dado constitui surpresa para a análise, não indo ao encontro do que é referido na bibliografia. Uma vez que este sintoma, de acordo com o que foi discutido, parece carecer, nesta amostra, de um controlo eficaz, não se consegue encontrar motivo que explique o porquê de estar relacionado com baixos índices de irritabilidade, depressão ou preocupação. Considera-se, desta forma, que um estudo de cariz qualitativo seria uma forma de tentar esclarecer os motivos que poderiam levar os doentes com dor a perspetivar melhor a sua função emocional e a QdV global.

Relativamente à xerostomia, os resultados obtidos indicam que aqueles que a apresentam percecionam melhor a sua função emocional e a sua QdV global. Também este dado não se encontra de acordo com diversos aspetos encontrados na bibliografia consultada e que mencionam que a xerostomia induz sentimentos de preocupação, tensão, ansiedade ou depressão, levando a uma redução da capacidade para falar, mastigar, deglutir e dormir, comprometendo, assim, o estado nutricional do doente, contribuindo para um declínio funcional e, consequentemente, para um decréscimo da sua QdV e dos diversos domínios do seu bem-estar (Baker, Pankhurst e Robinson, 2006; Dirix *et al.*, 2008; Folke *et al.*, 2009; Silver *et al.*, 2010). Os resultados obtidos necessitam, desta forma, de esclarecimento. Tal como enunciado no que respeita a dor, parece que a realização de um estudo de cariz qualitativo seria importante para o conhecimento dos motivos que levam estes doentes a percecionarem melhor a sua função emocional e a sua QdV.

Os cuidados à cavidade oral, embora não tenham constituído elemento de avaliação do estudo, podem explicar, a par das expectativas do doente, a melhor perceção de QdV e da função emocional por parte daqueles que apresentam xerostomia. Seria, desta forma, pertinente verificar, em estudos posteriores, se os cuidados à boca e as estratégias implementadas para controlo da xerostomia constituem um fator

contributivo para melhorar a percepção do doente relativamente à sua QdV global e aos diversos domínios funcionais.

No que respeita aos dados obtidos relativamente à xerostomia e à dor, pensa-se que seja possível que estes tenham sido influenciados por fatores que não foram controlados nem tidos em conta. Desta forma, a realização, no futuro, de um estudo de cariz qualitativo seria a melhor forma de tentar aprofundar e conhecer todos os fatores que podem estar na base dos resultados obtidos.

De acordo com a análise de correlação efetuada, a função física é apenas afetada pela xerostomia (boca seca), existindo uma relação moderada entre ambas, pelo que, quando presente e quanto maior for a sua intensidade, melhor o doente percebe a sua função física.

O papel funcional é afetado, embora de forma fraca, pela dor, pela xerostomia (boca seca) e pela disfagia. Ainda assim, e embora as correlações sejam ambas fracas, pode verificar-se que, tanto a dor como a boca seca, apresentam um impacto maior sobre esta função do que a disfagia. Desta forma, verifica-se que a dor e a boca seca contribuem para uma melhor percepção do desempenho funcional, relativamente à disfagia, pelo que, o doente com este tipo de sintomas/alterações, apresenta uma percepção mais alta do seu papel funcional.

A função emocional é, igualmente, moderadamente afetada pela dor e pela boca seca. Ainda assim, verifica-se que a boca seca apresenta um impacto maior sobre a função emocional do que a dor, favorecendo a sua percepção.

A função cognitiva é afetada pela dor, saliva espessa e disfagia, sendo a saliva espessa a alteração que exerce maior influência sobre este domínio. Desta forma, a saliva espessa contribui para maiores índices de concentração, seguida da disfagia e da dor.

A função social é afetada pelas duas dimensões da xerostomia, sendo maior influência exercida pela diminuição da produção de saliva (boca seca).

Pode verificar-se que a xerostomia constitui a alteração cuja influência apresenta uma maior abrangência, estando relacionada com todos os domínios funcionais.

Os resultados analisados vão de encontro ao que foi discutido anteriormente. Apesar de não serem esperados, constituindo-se como tal surpresa para análise, considera-se que, possivelmente, contribuíram para estes resultados fatores que não

foram tidos em conta. Mais uma vez, considera-se pertinente avaliar, em investigações futuras, os fatores que estão na base destes resultados.

Relativamente à disfagia, verificou-se que aqueles que apresentam dificuldades na deglutição apresentam melhor percepção de QdV. Salienta-se que, a maior parte dos elementos que constituíram a amostra, apresentavam disfagia para os três tipos de consistência alimentar e que 26 doentes (36,62%) apresentavam alimentação entérica e que os que se alimentavam por esta via apresentavam melhor percepção de QdV. Pensa-se que estes dados podem estar relacionados com as expectativas dos doentes. Inicialmente, como já discutido anteriormente, perante a informação sobre o vasto tipo de alterações que poderiam apresentar, as suas expectativas poderiam ser baixas face ao futuro. Uma vez, mais tarde, depararem-se com a realidade de que são capazes de deglutir alguns alimentos ou, aqueles que se alimentam por via entérica, verificarem que são capazes de interiorizar os conhecimentos e habilidades inerentes ao manuseamento destes dispositivos, percebem melhor a sua QdV.

Apesar de se encontrar descrito que a mucosite apresenta um impacto sobre a percepção de QdV (Benito, 2010; Fisher *et al.*, 2003), neste estudo não foi, contudo, encontrada qualquer relação entre ambas as variáveis.

9.4 Relação entre as alterações da cavidade oral e o tipo de tratamento

Através da análise efetuada, e no que respeita à mutilação, é possível verificar que o aparecimento desta alteração está relacionado com a terapia cirúrgica, tal como descrito na bibliografia, com os tratamentos de QT isoladamente, bem como associados à RT, somente, ou associada à cirurgia e à RT. No entanto, perante a pesquisa efetuada, esta alteração aparece em grande parte associada exclusivamente ao ato cirúrgico, não se contemplando qualquer associação com QT ou com a RT. Este dado permite, assim, aprofundar o conceito de mutilação para o doente de cabeça e pescoço, não estando este aspeto relacionado apenas com a terapia cirúrgica.

Apesar de a bibliografia enunciar a existência de relação entre a xerostomia e a dor com a cirurgia (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006), neste estudo não foi possível observar qualquer relação a este nível.

A mucosite encontra-se relacionada com a realização de tratamentos de RT e de QT, quer isoladamente, quer sob a forma combinada, aliás como descrito na bibliografia

consultada. Foi possível, igualmente, constatar a relação entre esta alteração e a cirurgia. Este dado não se encontra descrito na bibliografia consultada. Verifica-se, no entanto, que apenas um doente que apresentava mucosite foi submetido, exclusivamente, a cirurgia, constatando-se que os restantes casos de mucosite, em doentes tratados cirurgicamente, poderiam estar associados aos tratamentos de QT e RT. Considera-se, ainda assim, que esta relação pode ser esclarecida em estudos posteriores.

Neste estudo, a dor surge relacionada com a QT. Verifica-se que aqueles que são submetidos a este tipo de tratamento apresentam mais queixas dolorosas, o que vai de encontro ao que Murry e seus colaboradores enunciaram (1998). Apesar de descrita na bibliografia a forte relação entre a dor e os tratamentos de RT (Bansal *et al.*, 2004), neste estudo não foi, contudo, verificada qualquer relação entre ambas.

No que respeita à xerostomia, verifica-se que aqueles que realizaram ou se encontram a realizar RT isoladamente, ou em combinação com a QT, apresentam em maior número esta alteração. Este dado confirma o que inúmeros autores enunciaram (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006; Rij *et al.*, 2008).

As alterações na deglutição aparecem associadas aos tratamentos de QT isoladamente ou em combinação com a RT, indo de encontro aos dados adquiridos por Wilson, Carding e Petterson (2011). Verifica-se, deste modo, que a deglutição pode ser deteriorada durante e após a realização de QT, isoladamente ou em combinação com a RT, potenciando estes tratamentos a disfagia e, conseqüentemente, problemas com a nutrição.

9.5 Relação entre a percepção de QdV e o tipo de tratamento

Apesar de, no presente estudo, não se terem verificado quaisquer influências estatisticamente significativas do tratamento sobre a percepção de QdV, é possível detetar efeitos sobre a função física, a função cognitiva e a função social.

De acordo com os dados adquiridos, os tratamentos de RT exercem influência sobre a função física. Desta forma, verifica-se que aqueles que estão a realizar este tipo de tratamento, ou que já realizaram, apresentam uma percepção, relativamente à sua função física, mais alta do que aqueles que nunca foram submetidos a RT. Conclui-se, assim, que os doentes submetidos a RT percebem melhor as suas capacidades para

desenvolver as suas atividades de vida diárias, como caminhar, vestir-se, lavar-se ou comer.

A RT constitui, de facto, um tipo de tratamento que, no caso dos doentes de cabeça e pescoço, causa graves consequências. As expectativas dos doentes face a este tratamento, sendo baixas, podem justificar o resultado obtido. Desta forma, numa fase inicial, em que os doentes são confrontados com uma série de informação relativa às alterações que podem surgir, pode levar a que perspetivem pior o seu futuro. Ao verificarem que conseguem manter determinadas funções, assim como a sua capacidade para manter, de forma autónoma, as suas atividades de vida diárias, leva a que possam valorizar mais a execução destas atividades e, assim, percecionarem melhor a sua função física.

É possível ainda constatar a influência da terapia triplamente combinada – RT, QT e Cx – sobre a perceção da função física, cognitiva e social, constituindo esta modalidade terapêutica a que mais impacto tem sobre os diversos domínios funcionais.

Desta forma, e tal como o grupo de doentes anterior, quem realizou estes três tipos de tratamento percebe melhor a sua função física, comparativamente com aqueles que não foram submetidos a estes três tipos de tratamento. A par desta função, estes doentes percebem igualmente melhor a sua capacidade de concentração (função cognitiva), assim como a sua relação familiar e social (função social).

O facto de ser submetido a três tratamentos tão agressivos e as expectativas iniciais poderem ser baixas, podem também justificar a forma como o doente percebe estes três domínios funcionais. Deste modo, o doente que verifica que um tratamento, ou até dois, não são suficientes para controlar a sua doença, pode fazer com que perspetive o seu futuro da pior forma. Tal como discutido anteriormente, ao verificar que, com o decorrer do tratamento, é capaz de realizar, de forma autónoma, as suas atividades, leva a que possa perceber melhor a sua função física. Ao desenvolver as suas atividades diárias e ao perspetivar que as completa de forma eficaz, o doente pode perceber melhor a sua capacidade de atenção para tal, percebendo assim melhor a sua função cognitiva.

Relativamente à função social, numa fase inicial, o doente, ao apresentar expectativas baixas relativamente à progressão da sua doença e dadas todas as alterações que dela advêm, pode considerar que não será capaz de manter os seus contactos sociais. Mais uma vez, ao verificar que é capaz de exercer este tipo de

atividades, como comunicar, quer verbal quer não verbalmente, pode assim dar mais ênfase às suas capacidades em manter contactos e conviver, percecionando melhor a sua função social.

9.6 Relação entre a incidência das alterações da cavidade oral e a localização do tumor primário

Os dados obtidos no presente estudo permitem constatar a existência de relação entre a localização do tumor primário e as alterações da cavidade oral. Assim sendo, verifica-se que existe relação entre a existência de mutilação, de mucosite ou dor e a localização do tumor primário.

Relativamente à mutilação, a sua relação é mais notória no que respeita aos tumores da laringe e faringolaringe, sendo estes seguidos pela hipofaringe, pela cavidade oral e, por fim, pela orofaringe. Os resultados obtidos deverão contudo ser analisados com recurso à cirurgia implementada.

Assim sendo, e uma vez que a mutilação decorre sobretudo do ato cirúrgico, as neoplasias da laringe, faringolaringe e hipofaringe, estão relacionadas com um tratamento altamente mutilante, pela perda ou pela alteração da voz que origina e pelas modificações na imagem corporal (Zandonal, 2010). Relativamente à cavidade oral, os tumores nesta região anatómica são frequentemente tratados com recurso à cirurgia. As neoplasias da língua (2/3 anteriores) correspondem a esta localização tumoral, recorrendo-se frequentemente à glossectomia parcial como via de tratamento, tratando-se, portanto, de uma mutilação cirúrgica.

Em relação à mucosite, a sua relação é bastante evidente relativamente à orofaringe. Encontra-se relacionada, embora em menor escala, com a cavidade oral, seguida da hipofaringe e, por fim, da laringe e faringolaringe. Este resultado deverá, igualmente, ser tido em conta mediante o tipo de tratamento utilizado. No caso dos tumores na orofaringe, grande parte dos que o apresentam são submetidos a tratamentos de QT e RT. Como já abordado anteriormente, e tal como verificado neste estudo, a mucosite está relacionada com a execução destes tratamentos, quer de forma isolada, quer de forma combinada. Assim sendo, e uma vez que se trata de uma localização tumoral que beneficia deste tipo de tratamentos, a mucosite é uma alteração bem presente.

A par deste resultado, encontra-se a dor, estando relacionada sobretudo com a orofaringe e, em menor escala, com a laringe e faringolaringe, seguida da cavidade oral e da hipofaringe. Embora não se tenha obtido relação estatisticamente significativa para a xerostomia e disfagia, verifica-se que estes problemas são também mais frequentes perante a existência de tumor na orofaringe.

A justificação anterior pode repetir-se para estes dados. O facto de os tratamentos de QT e RT alterarem a mucosa oral, levando ao aparecimento e exacerbação de mucosite, conduzem ao aparecimento de dor. A irradiação sobre as glândulas salivares parece influenciar o desenvolvimento da xerostomia que, por si só, contribui igualmente para o aparecimento de mucosite. Quando instaladas as duas alterações, a dor pode ser ainda mais potenciada. Dada a localização do tumor, na orofaringe, em estruturas essenciais para a deglutição, a irradiação sobre estas limita este processo, também ele afetado pela existência de mucosite, de dor e de xerostomia.

Este tipo de análise deve, assim, ser tido em conta mediante o tratamento efetuado, uma vez que é a partir deste que emerge uma série de alterações na região anatómica em questão. Contudo, pode concluir-se que a orofaringe constitui a localização tumoral com maior número de alterações da cavidade oral.

9.7 Relação entre a percepção de QdV e a localização do tumor primário

Relativamente a este objetivo, não foram detetadas quaisquer relações estatisticamente significativas. A QdV constitui um conceito amplo e que abrange muitíssimas componentes, assim como os seus diversos domínios funcionais. Analisando a questão, verifica-se que não constitui surpresa a falta de obtenção de relação a este nível. Uma vez que o conceito de QdV é bastante abrangente e amplo, este não traduz as diferenças específicas que podem surgir de acordo com a localização tumoral em análise. Desta forma, comparando as diferentes localizações tumorais relativamente à QdV global, verifica-se que as diferenças específicas inerentes a cada localização não parecem influenciar a percepção de QdV global.

9.8 Relação entre a incidência das alterações da cavidade oral e o tempo

Os resultados obtidos permitem apenas tirar conclusões, com significado estatístico, para a mucosite. Ainda assim, apesar de as restantes alterações da cavidade oral estudadas não apresentarem relação significativa ou muito significativa com o tempo, considera-se pertinente analisar a sua progressão ao longo do tempo.

Relativamente à mucosite, verifica-se que a sua manifestação aumenta de forma exponencial entre o primeiro mês, que sucede o início do tratamento, até ao quinto mês, diminuindo ligeiramente após este período e até ao final do primeiro ano.

As restantes alterações apresentam um aumento da sua manifestação ao longo do tempo, sendo mais evidente este comportamento para a xerostomia. A mutilação apresenta-se relativamente constante, com uma variação mínima de apenas um caso, até ao período de seis meses, aumentando em seguida o seu número de casos. Já a dor, tal como a disfagia, vê a sua presença aumentar até ao período de seis meses. A partir do sexto mês, a dor apresenta uma variação de apenas um caso, ao passo que a disfagia se mantém constante.

Verifica-se, desta forma, que a mucosite apresenta um pico de manifestação no segundo período de análise (entre um e cinco meses). As restantes alterações manifestam-se de forma gradual ao longo do tempo.

Tal como descrito na bibliografia, os resultados obtidos justificam o conteúdo teórico encontrado. Relativamente à xerostomia, verifica-se que esta constitui uma alteração que se intensifica ao longo do tempo (Filho e Ferreira, 1991; Larsson, Hedelin e Athlin, 2003; Nordgren *et al.*, 2006). Tanto a mucosite como a disfagia apresentam, igualmente, um aumento da sua manifestação a partir da segunda semana de tratamento até à sua conclusão, decrescendo após o seu término (Ccardoso *et al.*, 2005).

Apesar de não constituir objetivo de análise, seria interessante, para estudos futuros, perceber a progressão das alterações tendo em atenção o tempo decorrido após o término do tratamento. Desta forma, possivelmente, poder-se-ia explicar o decréscimo de casos de mucosite entre o segundo período de análise e o terceiro, uma vez estar descrito, como abordado no parágrafo anterior, que o número de casos de mucosite decresce após o final do tratamento.

Relativamente à mutilação, verifica-se que a sua variação é muito discreta. Este comportamento seria esperado uma vez que, resultando a mutilação principalmente do ato cirúrgico, esta manifesta-se de imediato após o início do tratamento, mantendo-se ao

longo do tempo. Denota-se, ainda assim, que existe um maior número de casos naqueles que iniciaram tratamento há mais tempo. Este dado poderá estar relacionado com a realização de cirurgia reconstrutiva. Por outro lado, tal como discutido anteriormente, uma vez que a mutilação se relaciona com os tratamentos de QT e RT e dado existir uma grande parte de doentes que já tinham efetuado estes tratamentos (n= 41; 57,75%), tal dado também parece influenciar o maior de número de casos existente há mais tempo.

9.9 Relação entre a perceção de QdV e o tempo

Os dados adquiridos mostram que a QdV, na amostra estudada, piora ao longo do tempo. Tendo em conta a revisão teórica efetuada, verifica-se a inexistência de consenso relativamente à variação da QdV ao longo do tempo, sendo defendido por alguns que esta se mantém estável ao longo do tempo (Bozec *et al.*, 2009) ou que melhora ao longo deste, podendo retomar os valores basais relativos ao período pré-tratamento (Amar *et al.*, 2002; Murry *et al.*, 1998; Terrell *et al.*, 2004).

O resultado obtido não se coaduna, portanto, com a informação consultada através da revisão teórica efetuada. A justificação para esta diferença poderá estar no facto de, muitos dos autores que referem que a QdV melhora ao longo do tempo, dizem-no relativamente ao tempo decorrido após o término do tratamento. O tipo de avaliação efetuada é, portanto, diferente. Uma vez que existe 57,75% da amostra que ainda se encontra a efetuar tratamento e dado, segundo a bibliografia, a avaliação da QdV decrescer após o início do tratamento (Andrade, Antunes e Durazzo, 2006), pode ser esta uma das razões para o decréscimo da QdV após o início do tratamento.

Note-se que, e de acordo com a análise do ponto anterior, uma vez que os sintomas tendem a manifestar-se de forma mais evidente ao longo do tempo, tal justifica o decréscimo da QdV ao longo deste, uma vez que a um maior descontrolo sintomático está associada uma pior perceção de QdV.

É, assim, importante verificar as condições de análise das variáveis nos diversos estudos encontrados e os objetivos delineados. Seria, portanto, interessante, para trabalhos futuros, proceder à análise da variação da QdV após o término dos tratamentos instituídos.

9.10 Relação entre a percepção de QdV e os dados sociodemográficos

Idade e habilitações literárias

A análise efetuada não permitiu encontrar uma relação, com significado estatístico, para a idade e as habilitações literárias relativamente à percepção de QdV.

Relativamente à idade, verificou-se, deste modo, que a QdV não varia em função desta variável, aspeto este está de acordo com o que Derks e seus colaboradores (2003) concluíram, ao contrário do que foi encontrado por Wooddard, Oplatek e Petruzelli (2007).

No que respeita às habilitações literárias, também estas parecem não influenciar a percepção de QdV, resultado este que não vai de encontro aos dados adquiridos pela pesquisa efetuada, em que se verifica que, quanto maior o nível educacional, melhor é a percepção da QdV (Duffy *et al.*, 2002). Relativamente a esta variável, verificou-se uma distribuição muito assimétrica, variando o nível de escolaridade entre zero e 16 anos, sendo a mediana de apenas quatro anos com um intervalo interquartil de dois anos. O comportamento da variável pode, assim, explicar a inexistência de significado para a influência da escolaridade sobre a percepção de QdV.

Relativamente aos diversos domínios funcionais, verificou-se que a idade apresenta influência sobre a percepção da função física, concluindo-se que, quanto maior a idade, melhor é a percepção da função física. Tal aspeto poderá estar relacionado com o facto de, à medida que a idade aumenta, as expectativas são menores, havendo uma maior valorização das capacidades para realização das atividades diárias que ainda se preservam.

Sexo

Os resultados obtidos permitem concluir que as mulheres apresentam melhor percepção de QdV relativamente aos homens. Tal resultado não reflete o que inúmeros autores já haviam enunciado (Graeff *et al.*, 2000; Lee, Gibson e Hilari, 2010; Liu, 2008; Terrell *et al.*, 2004). Salienta-se que, neste estudo, apenas participaram quatro mulheres e participaram 67 homens. Uma vez que as quatro senhoras consideraram a sua QdV como boa, este dado, estatisticamente, foi considerado como sendo significativo para a análise. Desta forma, considera-se que seria mais fidedigno proceder a uma conclusão neste ponto se os dois grupos fossem constituídos por ordens de grandeza similares.

Estado civil e situação de alojamento

Verificou-se, através da análise de resultados, que os divorciados apresentam melhor percepção de QdV relativamente aos solteiros e que os casados, ou que vivem em união de facto, comparativamente com os solteiros. Foi possível, ainda, constatar que os divorciados são o grupo com melhor avaliação da QdV, não tendo, ainda assim, esta diferença significado estatístico relativamente aos casados ou que vivem em união de facto.

No que respeita aos domínios funcionais, foi possível detetar que os casados, ou que vivem em união de facto, apresentam melhor percepção da sua função emocional relativamente aos solteiros.

Em relação à situação de alojamento, não se obteve qualquer relação entre esta variável e a percepção de QdV, talvez porque as opções que se pretendiam comparar apresentavam grandezas diferentes (sete doentes vivem sós e 63 vivem com a família). Ainda assim, foi possível verificar que aqueles que vivem com a família apresentavam melhor percepção da sua função emocional comparativamente com aqueles que vivem sós.

Os dados obtidos justificam o que Long e seus colaboradores, em 1996, concluíram, tendo igualmente verificado que as pessoas casadas e que não vivem sós apresentam melhor percepção de QdV.

Estes resultados podem ser justificados pelo facto de, aqueles que são casados e aqueles que vivem com a família, uma vez que apresentam um suporte mais próximo, sentem um maior acompanhamento por parte daqueles que os rodeiam, pelo que a sua percepção de QdV é melhor. O mesmo explica a melhor percepção da função emocional para os que vivem com a família. A família, sendo uma estrutura que acompanha e apoia os seus elementos, fomenta nestes um maior controlo das suas tensões, diminuindo, assim, os sinais de depressão, preocupação ou irritabilidade. Embora não tenha constituído objeto de estudo avaliar a satisfação com o suporte social, Santos, Ribeiro e Lopes (2003) referem que este aspeto pode funcionar como um moderador do stress, ajudando a viver com a doença, sendo as suas consequências avaliadas mais positivamente (Santos, Ribeiro e Lopes, 2003).

Um dado surpreendente neste estudo constitui o facto de se ter verificado que os divorciados percecionam significativamente melhor a sua QdV do que os solteiros. Verifica-se que, apesar de divorciados, metade destes vive com a família, tendo-se

constatado, durante a colheita de dados, que aqueles que viviam sós eram acompanhados por pessoas amigas ou familiares. Reforçando mais uma vez que não se pretendeu avaliar a satisfação com a família, este aspeto pode justificar a melhor perceção da QdV por parte deste grupo de doentes. Dado serem divorciados e possivelmente apresentarem expectativas mais baixas relativamente à forma como pode progredir a evolução da doença e dos tratamentos, ao percecionarem o apoio familiar, avaliam melhor a sua QdV.

Relativamente aos solteiros, verifica-se que dez deles (90,91%) vivem com familiares, sendo, no entanto, já adultos. Uma das possíveis justificações para tal resultado pode ser o facto de, os solteiros, por não apresentarem capacidade de realização em constituir a sua família e ter a sua autonomia, apresentam pior perceção de QdV. Salienta-se igualmente que, deste grupo, seis (54,55%) apresentavam-se desempregados, contribuindo tal fator para uma maior dependência de terceiros, o que pode condicionar a sua perceção de QdV.

Situação profissional

Embora a bibliografia consultada demonstre que as pessoas empregadas apresentam melhor perceção de QdV (Long *et al.*, 1996), o presente estudo não encontrou qualquer diferença na perceção de QdV por parte dos empregados, desempregados ou reformados. Ainda assim, salienta-se mais uma vez os resultados obtidos ao nível do impacto financeiro. O facto de existirem apenas 17 doentes empregados (23,94%), sendo que alguns deles se encontravam de baixa, pode esclarecer o facto de o impacto financeiro constituir um problema para a amostra deste estudo.

9.11 Outras variáveis

Embora não constituam, á partida, objetivo do presente estudo, tal como referido no capítulo anterior, considerou-se pertinente a análise de diversas variáveis cujos resultados encontrados merecem reflexão, sendo, por isso, de grande interesse.

Estadio tumoral

O presente estudo não encontrou qualquer relação entre o estadio tumoral e a perceção de QdV, bem como relativamente aos diversos domínios funcionais. Trata-se

de uma área onde reside falta de consenso, indo o resultado obtido ao encontro do que Terrell e seus colaboradores, em 2004, afirmaram.

Presença/ausência de sintomas

Apesar de existir um grande número de doentes com necessidade de controlo sintomático (57 doentes sintomáticos e 8 doentes com instituição de terapia de alívio sintomático), não se obteve qualquer associação entre esta variável e a QdV. Possivelmente, por existirem grandezas diferentes, não se conseguiu apurar qualquer relação.

Seguimento

O local de seguimento do doente, em ambulatório ou em internamento, não mostrou qualquer associação com a percepção de QdV. Foi possível, ainda assim, verificar que esta variável se encontrava relacionada com o papel funcional, a função emocional, a função cognitiva e a função social.

Os resultados mostram que os doentes internados apresentam melhor percepção relativamente aos diversos domínios apresentados.

O facto de, os doentes internados, se sentirem acompanhados durante 24 horas com um acompanhamento especializado, faz com que estes fatores tenham um forte impacto sobre os diversos domínios funcionais enunciados. Desta forma, ao usufruir de acompanhamento especializado, o doente pode gerir melhor as suas emoções, sentindo-se mais seguro, pelo que percebe melhor a sua função emocional.

Dadas todas as alterações que apresenta, derivadas do tratamento instituído, e de acordo com o apoio prestado, o doente percebe melhor a sua capacidade de atenção e de concentração (função cognitiva) para realizar atividades que exijam estas competências. Por acréscimo, a percepção do seu papel funcional estará igualmente evidenciada. O facto de estar internado leva, igualmente, a que o doente se envolva mais, em termos sociais, com os que o rodeiam, não parecendo contudo o internamento ser motivo para uma menor interação familiar, uma vez que apresentam uma boa percepção da sua função social.

O acompanhamento em regime de ambulatório, obrigando grande parte dos doentes fazerem uma viagem longa e com poucos recursos para tal, faz com que estes possam sentir menos acompanhamento para gerir todos os aspetos inerentes à sua

doença. Desta forma, este grupo de doentes apresenta maior vulnerabilidade relativamente aos aspetos funcionais, emocionais, cognitivos e sociais.

Hábitos tabágicos e alcoólicos

Apesar de diversos estudos constatarem diversas associações entre a manutenção destes hábitos e a perceção de QdV, esta constitui área de controvérsia. Não se verificou, contudo, com o presente estudo, quaisquer relações com significado estatístico entre estas variáveis. Desta forma, conclui-se que a perceção de QdV é independente dos hábitos tabágicos e/ou alcoólicos.

Pode, no entanto, tecer-se outro tipo de conclusões e sugestões. Verifica-se que, apesar de grande parte dos doentes abandonar este tipo de hábitos, que estão diretamente relacionados com o aparecimento de tumores na região anatómica em estudo, imediatamente antes do início do tratamento, verifica-se que são ainda muitos os que mantêm este hábito. Este aspeto merece reflexão, uma vez que, como descrito na bibliografia consultada, a manutenção destes hábitos pode interferir de forma negativa no decurso do tratamento oncológico (Araújo, Padilha e Baldisserotto, 2009) e aumentar o risco de recidiva tumoral.

Salienta-se, ainda assim, que o número daqueles que abandonam este hábito antes do início do tratamento é superior aos que o mantêm. No entanto, considera-se importante refletir sobre este aspeto e procurar encontrar formas que melhor motivem estes doentes a gerir a dependência destes hábitos.

Traqueostomia

A bibliografia consultada não apresenta consenso relativamente ao impacto que a presença de um traqueostoma tem sobre a perceção de QdV, havendo autores que referem que este influencia negativamente a QdV (Blanco e Botas-González, 2011; Méndez, Bouzas e Gonzales-Botas, 2000) e outros que afirmam que a traqueotomia não constitui um elemento crucial e significativo na avaliação da QdV, embora reduza o grau de adaptação à nova situação (Ferriol *et al.*, 2005).

Neste estudo, não foi obtida qualquer relação com significado estatístico entre a traqueostomia e a perceção de QdV, pelo que se verifica que a presença de um traqueostoma parece não influenciar a perceção de QdV. No entanto, constata-se que aqueles que possuem traqueotomia apresentam melhor perceção da sua função cognitiva

relativamente àqueles que não usufruem dela. Trata-se de um dado não encontrado na pesquisa efetuada. Este facto pode estar relacionado com as expectativas do doente, assim como com as capacidades que apresenta para aquisição de novas habilidades e com a percepção de autoeficácia. Dada a nova situação de saúde/doença, o doente depara-se com uma alteração da sua imagem e numa área vital, a respiração, o que exige a obtenção de uma série de conhecimentos e habilidades para gerir os cuidados inerentes à traqueostomia. Sentir-se responsável pela sua situação clínica, pode fazer com que o seu interesse aumente e, desta forma, se sinta motivado para cuidar de si próprio, percecionando, desta forma, melhor a sua capacidade cognitiva. As baixas expectativas que, regra geral, estes doentes apresentam na fase inicial do tratamento, pode fazer com que valorizem mais todas as atividades que conseguem levar a cabo.

O facto de existir uma alteração numa área vital (a respiração), leva a que o doente, se for incapaz ou apresentar dificuldade neste domínio, possa depender de terceiros na manutenção da vida e de um ambiente seguro (Santos, 2011). Também a percepção deste risco, pode fazer com que o doente deposite maior atenção na aquisição de novas habilidades para o autocuidado da traqueostomia e, assim, percecione melhor a sua função cognitiva.

Alimentação

Também ao nível da alimentação, por via oral ou entérica, não existe consenso nos resultados que diversos estudos obtiveram, sendo possível encontrar que a alimentação por via entérica influencia de forma positiva, ou negativa, a percepção de QdV (Morton *et al.*, 2009; Paleri e Patterson, 2010; Terrell *et al.*, 2004).

No presente estudo, verificou-se que os doentes que se alimentam por via entérica (quer por SNG, quer por PEG), apresentam melhor percepção de QdV do que aqueles que se alimentam por via oral, para além de apresentarem, igualmente, melhor percepção da sua função cognitiva. A justificação para este resultado pode residir, tal como no caso da traqueotomia, nas expectativas iniciais do doente, assim como nas capacidades que apresenta para adquirir novas habilidades.

As expectativas do doente, na fase inicial do tratamento, perante toda a informação que recebe relativamente às alterações que virá a sofrer, contribuem para que as suas expectativas sejam baixas. Ao verificar que é capaz de aprender e adquirir

habilidades para manusear os dispositivos da alimentação entérica, percebe-se melhor a sua capacidade cognitiva e, desta forma, a sua percepção de QdV.

Relativamente à comparação entre a alimentação por SNG ou por PEG, os resultados permitem concluir que aqueles que se alimentam por PEG apresentam pior percepção de QdV do que aqueles que se alimentam por SNG. Este dado é justificado pelo facto de a alimentação por SNG constituir uma opção de alimentação entérica temporária, enquanto que a alimentação por PEG pode ser permanente ou, pelo menos, mais duradoura, para além de alterar a imagem corporal do doente devido à presença de um estoma, tornando, desta forma, pior a percepção de QdV. Este dado está de acordo com o que Morton e seus colaboradores, em 2009, enunciaram relativamente ao impacto negativo que a longa duração da PEG apresenta sobre a percepção de QdV.

Salienta-se que, na amostra, 17 dos 18 indivíduos com alimentação entérica por SNG tinham sido submetidos a cirurgia. O recurso a este tipo de tratamento justifica a escolha por um tipo de alimentação que é normalmente temporário, denotando-se, assim, o objetivo de reabilitação do reflexo de deglutição para retorno da alimentação por via oral.

No que respeita à alteração da consistência alimentar relativamente à percepção de QdV, de acordo com os resultados obtidos, esta variável comporta-se de forma independente relativamente à alteração da consistência alimentar.

Relativamente aos diversos domínios funcionais, verificou-se que aqueles que se alimentam sem qualquer tipo de alteração na consistência alimentar são os que apresentam pior percepção da sua função emocional e papel funcional, relativamente àqueles que se alimentam de dieta mole ou de dieta pastosa. Aqueles que se alimentam de dieta mole são os que apresentam melhor percepção nestes dois domínios.

Tal resultado pode estar relacionado com as expectativas dos doentes. Uma vez que o tipo de disfagia mais comum na amostra é para sólidos, a maioria destes doentes alimenta-se através de dieta pastosa ou mole. Dada esta alteração, a par de outras, estes doentes podem, inicialmente, e dadas as dificuldades em deglutir os alimentos de que gostam, apresentar baixas expectativas relativamente às alterações inerentes ao seu tipo de alimentação. Estando a alimentação diretamente relacionada com o prazer, o doente, ao averiguar a possibilidade de manter a sua via de alimentação através, apenas, da alteração da consistência alimentar e podendo, igualmente, sentir os sabores de que

gosta, perceberá melhor a sua função emocional. Uma vez gerindo melhor as suas emoções, e dado sentir-se capaz e concretizado por manter a sua alimentação, percebe igualmente melhor o seu papel funcional. Desta forma, aqueles que se alimentam de dieta mole percebem melhor estes domínios do que os que têm alimentação geral.

As alterações verificadas, também para estes domínios funcionais, entre a dieta mole e pastosa podem ter exatamente a ver com o facto de a dieta mole se aproximar da dieta geral, ao passo que a dieta pastosa já acarreta maiores diferenças nos alimentos. Desta forma, os que se alimentam de dieta pastosa apresentam pior percepção, nestes dois domínios, do que os que têm dieta mole.

Verificou-se igualmente que aqueles que apresentam dieta pastosa percebem melhor o seu papel funcional relativamente aos que têm dieta geral. Note-se que, um doente quando tem instituída uma dieta pastosa apresenta uma série de alterações, como a disfagia, a dor ou a mucosite, que levam a que sofra uma alteração maior no seu tipo de dieta. Dadas todas as alterações na cavidade oral que apresentam e o seu grau de intensidade, o doente pode, inicialmente, apresentar expectativas mais baixas relativamente à progressão do seu estado clínico e da forma como se poderá alimentar. Verificando que é capaz de se alimentar apenas pela alteração da consistência alimentar, sente-se menos limitado no desempenho das suas atividades diárias, percebendo, assim, melhor o seu papel funcional.

Tipo de disfagia

Através da análise efetuada, verificou-se que aqueles que possuem disfagia para líquidos, exclusivamente, apresentam melhor percepção da sua função física, e função emocional, comparativamente com aqueles que apresentam disfagia para dois tipos de consistência alimentar ou, até mesmo, para três tipos de consistência alimentar.

A dieta líquida constitui o tipo de dieta com maior alteração do alimento original. O facto de se apresentar disfagia apenas para este tipo de consistência, não obriga o doente a uma grande adaptação no que respeita à alteração da consistência alimentar, podendo preservar todos os seus gostos alimentares, até mesmo no que respeita a sumos ou sopas, por exemplo, através da utilização de espessantes alimentares. Desta forma, uma vez que a adaptação é menos exigente e, dado poder alimentar-se com praticamente todos os alimentos, em comparação com aqueles que

apresentam disfagia para pastosos ou sólidos, faz com que estes doentes percecionem melhor a sua função física, papel funcional e a sua função emocional.

A diferença relativamente à percepção destes três domínios funcionais é ainda mais acentuada quando comparada com a disfagia para sólidos, o que está de acordo com o que foi discutido. Ao verificarem maiores alterações na consistência dos alimentos que ingerem, e uma vez que esta se relaciona com o prazer, os doentes com disfagia para sólidos estarão mais vulneráveis a nível emocional, percecionando também pior a sua capacidade física e, portanto, maior limitação no desempenho das suas atividades diárias, nomeadamente para comer (função física), comparativamente com aqueles que apresentam disfagia exclusivamente para líquidos.

Os dados obtidos mostram, também, relativamente ao papel funcional, que aqueles que apresentam disfagia para sólidos e líquidos referiram melhor percepção do papel funcional. Não é possível, no entanto, obter alguma justificação para este dado, para além de não ir ao encontro do que foi discutido anteriormente. Julga-se que, pelo facto de não existir homogeneidade na grandeza dos tipos de disfagia analisados para este item, não foi possível obter uma justificação clara para este resultado.

Tipo de dentição e uso de prótese dentária

O presente estudo não verificou qualquer relação entre o tipo de dentição e o uso de prótese dentária com a percepção de QdV, pelo que se conclui que a percepção de QdV parece não ter relação com o uso de prótese dentária e do tipo de dentição, tal como Araújo, Padilha e Baldisserotto mencionaram em 2009. Não se verificou, igualmente, qualquer relação entre estas duas variáveis e os diversos domínios funcionais. No entanto, segundo estes autores, aqueles que possuem prótese dentária apresentam piores avaliações no desempenho funcional e na função social. O presente estudo, contudo, não mostrou qualquer relação com significado estatístico para os diversos domínios funcionais, pelo que se conclui que a percepção destes é independente do tipo de dentição e do uso de prótese dentária.

Ganho e perda de peso

A bibliografia consultada demonstra que a perda de peso pode estar relacionada com pior percepção de QdV. A inserção de PEG, analisada anteriormente, constitui uma opção para manter o suporte nutricional e prevenir a perda de peso. No entanto, as

condições associadas a toda esta problemática, como as dificuldades na fala, na deglutição e pior desempenho funcional condicionam a QdV. Ainda assim, constata-se que a manutenção do suporte nutricional contribui para uma queda menor do índice de massa corporal (Morton *et al.*, 2009).

Ao contrário da informação que foi consultada, o presente estudo verificou que aqueles que perderam peso apresentam melhor percepção de QdV comparativamente com os que o aumentaram. Para além disso, aqueles que perderam peso apresentam, igualmente, melhor percepção do seu papel funcional e função emocional.

Vários aspetos podem ser tidos em conta para justificar estes resultados. A preocupação com o controlo do peso por parte do doente, e até mesmo por parte dos profissionais de saúde, pode ser uma das razões, assim como a presença de alimentação por via entérica.

A proporção de doentes que perderam peso e que se alimentam por via entérica (69,23%) é superior à proporção daqueles que perderam peso e que se alimentam por via oral (51,11%). Desta forma, os que se alimentam por via entérica apresentam melhor percepção de QdV e da sua função cognitiva, como aliás foi discutido anteriormente. Assim sendo, e estando a alimentação entérica associada à perda de peso, a diminuição deste parece não constituir fator de preocupação para os doentes, possivelmente por terem a sua atenção e concentração direcionadas para outras atividades, como aprender a utilizar este dispositivo. Desta forma, ao verificarem que apresentam capacidade para tal, percebem melhor o seu papel funcional, sendo por isso menos vulneráveis ao nível emocional, sentindo uma maior concretização nas atividades efetuadas.

O ganho de peso apresenta uma maior proporção da sua presença naqueles que se alimentam por via oral. Possivelmente a preocupação em não diminuir o seu peso pode constituir um fator que leve a que este grupo de doentes perceba pior a sua QdV e seja mais vulnerável a nível emocional, podendo sentir-se mais tenso, irritável, deprimido e preocupado. Confrontar-se com a dificuldade em manter o seu índice de massa corporal perante todas as alterações que a doença e o tratamento acarretam, faz com que o doente sinta menos capacidade em gerir as suas emoções, levando esta preocupação a que perceba maior limitação no desempenho de atividades de lazer e de trabalho (papel funcional).

9.12 Limitações do estudo

Ao longo da recolha de dados e durante a sua análise, foram sentidas algumas dificuldades e limitações.

O estudo da QdV, sendo este um conceito extremamente heterogéneo, requer cuidado e atenção na escolha das variáveis que pretendem ser analisadas. Desta forma, apesar do tamanho da amostra ser satisfatório, a existência de variáveis com um pequeno número de doentes, levou a que não fosse possível apurar determinadas relações com a perceção da QdV e os seus domínios funcionais. Considera-se, portanto, e apesar da limitação de tempo despendido para colheita de dados, que a amostra deveria ser maior, uma vez tratar-se de um conjunto de doentes com muitas especificidades, derivadas das funções a que a cada tumor estão associadas.

No que respeita ao tratamento instituído, apesar de não constituir objetivo para este trabalho, considera-se que o facto de não ser contemplada a ordem de início e fim de cada tratamento leva a que não se possa determinar, com maior exatidão, diferenças nas alterações da cavidade oral que podem aparecer, assim como alterações na perceção da QdV.

Para avaliar os efeitos de diferentes modalidades terapêuticas sobre a QdV do doente, de forma a obter uma avaliação mais rigorosa, esta deve ser realizada de forma longitudinal, contemplando o período prévio ao início do tratamento, tendo, assim, em conta a variação individual.

Relativamente ao tempo, para além da análise efetuada, considera-se que seria pertinente ter conhecimento sobre o tempo decorrido após o término do tratamento, com vista a melhor compreender a variação da QdV e das alterações da cavidade oral. Também relativamente a esta variável, a avaliação ao longo do tempo através de um estudo longitudinal, não só da QdV como também das alterações da cavidade oral, seria mais rigorosa com vista à compreensão da sua variação individual.

9.13 Propostas de investigação e implicações para a prática

O crescente aumento da doença oncológica na nossa população torna imprescindível o estudo, mais objetivo e rigoroso, sobre a QdV. Desta forma, é possível conhecer, com exatidão, as dificuldades mais importantes para o doente, de acordo com o seu ponto de vista, e aquilo que, para si, é prioridade tratar. Assim sendo, e dado não

ser prática comum no nosso país, considera-se o estudo da QdV imprescindível, sugerindo-se a implementação de investigação de cariz longitudinal, como forma de compreender melhor a evolução deste conceito em cada doente, assim como a variação da intensidade e incidência das alterações da cavidade oral. Assim sendo, a avaliação da QdV deve ser incluída nos protocolos de tratamento do cancro, assim como noutras doenças que sejam crónicas e progressivas.

Considera-se, igualmente, pertinente, tendo em conta as limitações deste trabalho, realizar estudos que visem o tempo decorrido após o término do tratamento, assim como a ordem de realização destes.

Relativamente à xerostomia, uma vez constatado, neste trabalho, a sua elevada incidência, considera-se importante o estudo e implementação de programas de educação para o seu controlo. A par desta alteração, também a dor, muito frequente, merece reflexão. Considera-se pertinente, nomeadamente em estudos longitudinais, perceber a variação dos níveis de intensidade deste sintoma e a forma como os doentes gerem a analgesia que apresentam para as situações de dor irruptiva. O nível de conhecimento e habilidade dos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço para a gestão da dor pode constituir, também, tema de estudo. Desta forma, poderá ser possível esclarecer por que motivo existe uma incidência tão grande de dor, um número tão elevado de uso de analgésicos e tão poucos doentes com este sintoma controlado.

Considera-se, igualmente, importante a criação de protocolos de controlo de dor especificamente direccionados para estes doentes, onde se contemple a relação deste sintoma com a xerostomia e a mucosite. Também a criação de consultas específicas para este tipo de problemas poderá ser uma forma de contribuir para a gestão e controlo das alterações da cavidade oral.

Com a presente investigação foi possível detetar algumas relações que não se encontram contempladas nas investigações consultadas. Relativamente à mutilação, verificou-se neste estudo que esta se relaciona com a realização de QT e RT. Seria, assim, pertinente, em investigações futuras, aprofundar e esclarecer esta relação. Também para a mucosite, tendo-se verificado que esta se relaciona com a cirurgia, considera-se pertinente o estudo e esclarecimento desta relação em investigações futuras. Seria igualmente pertinente tentar aprofundar por que motivo aqueles que são submetidos a mais tratamentos, apresentaram melhor percepção nos domínios da função

física, cognitiva e social. Considera-se, deste modo, que estudos de cariz qualitativo podem ser uma mais-valia na avaliação desta relação.

Também se considera pertinente a implementação de estudos de cariz qualitativo com vista a tentar encontrar motivos que esclareçam o facto de, doentes com dor ou xerostomia, apresentarem melhor perceção ao nível da função emocional e da QdV global.

Apesar de não se ter verificado qualquer relação entre os hábitos tabágicos/alcoólicos e a perceção de QdV, constatou-se um elevado número de doentes que mantêm estes hábitos. Seria pertinente a investigação sobre a forma como é dado apoio relativamente à cessação tabágica, analisando os conteúdos das consultas desta área, assim como, em relação ao doente, compreender os fatores que implicam a manutenção destes hábitos.

Considerações finais

A doença oncológica constitui um problema que, associado aos tratamentos agressivos, acarreta uma série de alterações no doente. O crescente aumento desta patologia na sociedade ocidental, nomeadamente no nosso país, convida-nos a repensar formas de fazer com que o seu impacto sobre a QdV possa ser menor, tornando a população mais ativa e confortável possível.

No doente com neoplasia da cabeça e pescoço, as atividades associadas com atos básicos de sobrevivência, como comer e beber, como a sociabilidade, como a fala, e a visibilidade, perante todos, das mutilações decorrentes dos tratamentos instituídos, torna-o extremamente vulnerável relativamente à forma como percebe a sua QdV.

A investigação da QdV nos doentes com neoplasia da cabeça e pescoço constitui, deste modo, um aspeto que deve ser incorporado na prática clínica, devido à sua utilidade no processo de tomada de decisão no que respeita ao tratamento, nas consequências deste e na prescrição e antecipação de intervenções com intuito preventivo, melhorando, assim, o bem-estar do doente.

Dadas todas as alterações que surgem na cavidade oral, a saúde oral constitui um elemento fundamental durante o tratamento oncológico e que deve ser cuidada e preservada com vista à manutenção da QdV. Para tal, torna-se imprescindível o exercício de um cuidado humanizado por parte de toda a equipa que orienta e cuida o doente, procurando adequar as medidas terapêuticas conforme as suas necessidades, prioridades e percepção da QdV.

A avaliação da QdV é, sem dúvida, algo complexo e, dada a sua multidimensionalidade, os resultados encontrados nos diversos estudos são bastante heterogêneos.

Embora seja possível, em amostras grandes, perceber que há determinados fatores que contribuem para o agravamento da QdV e das alterações da cavidade oral, a realidade individual não deve ser menosprezada. Embora possa existir, entre dois doentes, semelhanças numa série de variáveis de podem condicionar a QdV (localização tumoral, tratamento e estadio tumoral iguais), esta pode apresentar uma avaliação global bastante diferente. Torna-se, assim, imprescindível perceber em que parâmetros cada um deles sente realmente a sua QdV mais prejudicada.

Deste modo, o ideal da prática clínica passa por uma avaliação cuidada de cada doente, uma vez que a realidade pessoal que o compõe irá determinar a avaliação que fará de cada parâmetro, mesmo sendo a avaliação final semelhante à de outros. A avaliação da QdV passa, assim, pela análise pormenorizada de todos os aspetos que a compõem, com vista à implementação de intervenções adequadas e que vão exatamente de encontro às necessidades daquela pessoa, enquanto ser único.

O presente estudo permitiu verificar que, apesar de os doentes procederem a uma avaliação negativa baixa dos diversos domínios que compõem a QdV, a avaliação global desta variável apresenta um resultado mais positivo. Relativamente às alterações da cavidade oral, aquelas que apresentaram maior incidência foram a xerostomia, a dor, a disfagia e a mutilação, sendo que a dor, a xerostomia e a disfagia apresentaram boa influência sobre a percepção de QdV.

No que respeita ao impacto das alterações da cavidade oral sobre os diversos domínios funcionais, observou-se que a mutilação se encontra relacionada com a função social e que, tanto a dor como a xerostomia têm boa influência sobre a percepção da função emocional.

Relativamente ao tratamento, foi possível detetar que o ato cirúrgico influencia o aparecimento da mutilação e da mucosite; a RT influencia o aparecimento de mucosite e da xerostomia; a QT potencia o aparecimento de mutilação, mucosite e dor e, quando associada à RT, influencia o aparecimento de mutilação, mucosite, xerostomia e disfagia; estes dois tratamentos, associados à cirurgia, contribuem para o desenvolvimento de mutilação. Já em relação ao impacto dos tratamentos sobre a percepção de QdV, verificou-se que aqueles que são submetidos a RT apresentam melhor percepção da função física e que aqueles que são submetidos às três modalidades terapêuticas, apresentam melhor percepção da função física, cognitiva e social.

Em relação ao impacto da localização tumoral sobre as alterações da cavidade oral, foi possível constatar que os tumores da orofaringe estão relacionados com o desenvolvimento de mucosite e de dor e que os da laringe/faringolaringe se relacionam com a mutilação. Relativamente ao tempo, verificou-se que a mucosite torna-se mais evidente no período entre um mês a cinco meses após o início do tratamento e que existe pior percepção de QdV no período entre seis meses e um ano após o início do tratamento.

Ressalta-se que os resultados deste estudo devem ser interpretados com prudência, devido ao seu desenho ser de cariz transversal. Este não possibilita a avaliação das mudanças da QdV e das alterações da cavidade oral com o tempo em cada uma das pessoas, não podendo, por isso, ser generalizado para toda a população. Os estudos de cariz longitudinal são extremamente adequados, uma vez que identificam o nível de QdV em diferentes momentos, detetando, por isso, aspetos que necessitam de maior atenção.

Os resultados obtidos permitem delinear estratégias e protocolos direccionados para o cuidado à boca do doente com neoplasia da cabeça e pescoço. Através da análise da incidência destas, é possível proceder tendo em conta as alterações que podem ser de mais provável aparecimento, assim como intervir mediante a sua incidência com o decorrer do tempo, mediante determinado tipo de tratamento e mediante a localização do tumor.

Sugere-se, para investigações futuras, a realização de estudos longitudinais com vista à compreensão da variação da QdV e das alterações da cavidade oral ao longo do tempo, quer desde o início do tratamento, quer desde o seu fim. Considera-se igualmente pertinente tentar aprofundar os motivos que levam a que aqueles que são submetidos aos três tipos de tratamento tenham melhor perceção nos domínios da função física, emocional e social, assim como os motivos que levam aqueles que apresentam dor ou xerostomia a percecionarem melhor a função emocional. Relativamente à QdV global, sugere-se igualmente a realização de estudos de cariz qualitativo com vista a conhecer e aprofundar os fatores que levam a que aqueles que apresentam dor, xerostomia ou disfagia a percecionem melhor.

Pensa-se que os resultados adquiridos com este estudo contribuem para um melhor esclarecimento sobre os fatores que estão relacionados e que influenciam a perceção de QdV e as alterações da cavidade oral, assim como a forma como estas duas variáveis se relacionam.

Considera-se que a relevância do tema estudado serve como ponto de partida para outras investigações, tendo sido avançadas algumas propostas para novos trabalhos.

Apesar das limitações apontadas, durante o desenvolvimento deste estudo, consideram-se atingidos os objetivos propostos inicialmente.

Referências Bibliográficas

- ADAMS, R. - Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *Journal of advanced nursing*. Vol.24. Nº3 (1996), p.552-560.
- ALBERT, S. [et al.] – Quality of life profile: from measurement to clinical application. *The Breast*. Vol. 11. Nº4 (2002), p.324-334.
- ALICIKUS, Z. [et al.] - *Importance of patient, tumour and treatment related factors on quality of life in head and neck cancer patients after definitive treatment*. European archives of otorhinolaryngology. Vol.266. Nº9 (2009), p.1461-1468.
- ALLISON, P.; LOCKER, D.; FEINE, J. – The relationship between dental status and health-related quality of life in upper aerodigestive tract cancer patients. *Oral Oncology*. Vol.35. Nº 2 (1999), p.138-143.
- ALLISON, P. - Alcohol consumption is associated with improved health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Oral oncology*. Vol.38. Nº1 (2002), p.81-86.
- AMAR, A. [et al.] – Qualidade de Vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. *Revista brasileira de otorrinolaringologia*. Vol.68. Nº3 (2002), p.400-403.
- AMSTRONG, J.; McCAFFREY, R. – The effects of mucositis on quality of life in patients with head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 10. Nº1 (2006), p.53-56.
- ANDRADE, S. – *Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Porto Alegre, 2005.
- ANDRADE, F.; ANTUNES, J.; DURAZZO, M. – Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer. *Brazilian Oral Research*. Vol.20. Nº4 (2006), p.290-294.
- ANAYA-SAAVEDRA, G. – High association of human papillomavirus infection with oral cancer: a case-control study. *Archives of Medical Research*. Vol.39. Nº2 (2008), p.189-197.
- ARAÚJO, S.; PADILHA, D.; BALDISSEROTTO, J. – Saúde bucal e qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*. Vol.48. Nº1/3 (2007), p.73-76.
- ARAÚJO, S.; PADILHA, D.; BALDISSEROTTO, J. – Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de Porto Alegre. *Revista brasileira de cancerologia*. Vol.55. Nº2 (2009), p.129-138.

ARAÚJO, M. [et al.] – Atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros-MG. *Revista APS*. Vol.13. Nº1 (2010), p.10-17.

ASSUNÇÃO, A. – Cuidados de enfermagem ao doente submetido a cirurgia. In *Enfermagem Oncológica*. 1ªed. Coimbra: Formasau, 2004. Cap.1.

BABIN, E. [et al.] – Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European archives of otorhinolaryngology*. Vol.265. Nº3 (2008), p.265-270.

BAKER, S.; PANKHURST, C.; ROBINSON, P. – Testing relationships between clinical and non-clinical variables in xerostomia. A structural equation model of oral health-related quality of life. *Quality of life research*. Vol.16. Nº2 (2006), p.297-308.

BANSAL, M. [et al.] - Radiation related morbidities and their impact on quality of life in head and neck cancer patients receiving radical radiotherapy. *Quality of life research*. Vol.13. Nº2 (2004), p.481-488.

BARAÑANO, C. [et al.] – Dynasplint for the management of trismus after treatment of upper aerodigestive tract cancer: a retrospective study. *Ear, nose & throat journal*. Vol. 90. Nº12 (2011), p. 584-590.

BARROS, A. [et al.] – Auto percepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais. *Revista brasileira de cabeça e pescoço*. Vol.36. Nº1 (2007), p.33-37

BENITO, A. – *Mucosite*. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

BENSADOUN, R. [et al.] – A systematic review of trismus induced by cancer therapies in head and neck cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. Vol.18. Nº8 (2010), p. 1033-1038.

BJORDAL, K [et al.] – Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the european organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire – H&N35. *Journal of Clinical Oncology*. Vol.17. Nº3 (1999), p.1008-1019.

BJORDAL, K [et al.] – A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. *European Journal of cancer*. Vol.36. Nº14 (2000), p.1796-1807.

BLANCO, M.; BOTAS-GONZÁLEZ, J. – Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de orofaringe, laringe o hipofaringe. *Acta otorrinolaringológica española*. Vol.62. Nº2 (2011), p.103-112.

BOWER, W. [et al.] – Mode of treatment affects quality of life in head and neck cancer survivors: implications for holistic care. *Acta oto-laryngologica*. Vol. 130. Nº 10 (2010), p. 1185-1192.

BOWERS, Ben – Providing effective support for patients facing disfiguring surgery. *British Journal of Nursing*. Vol.17. Nº2 (2008), p.94-98.

BOZEC, A. [et al.] – Quality of life after oral and oropharyngeal reconstruction with a radial forearm free flap: prospective study. *Journal of otolaryngology – head and neck surgery*. Vol.38. Nº3 (2009), p.401-408.

BRAAM, P. [et al.] - Quality of life and salivary output in patients with head-and-neck cancer five years after radiotherapy. *Radiation oncology*. Vol.2. Nº3 (2007), p.1-8.

BRAZ, D. [et al.] – Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*. Vol.60. Nº2 (2005), p.135-142.

BRINK. J. [et al.] – Quality of life during the first 3 months following discharge after surgery for head and neck câncer: prospective evaluation. *The journal of otolaryngology*. Vol.35. Nº6 (2006), p.395-403.

CABRERA, G.; BUCKLEY, L. – Candidiasis, Oral. *Cinahl Information Systems* (2011).

CACCELLI, Élide, RAPOPORT, Abrão – Para-efeitos das irradiações nas neoplasias de boca e orofaringe. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. Vol.37. Nº 4 (2008), p.198-201.

CALLAHAN, C. – Facial disfigurement and sense of self in head and neck cancer. *Social work in health care*. Vol.40. Nº2 (2004), p. 73-87.

CAMPOLINA, A.; CICONELLI, R. – Quality of life and utility measures: clinical parameters for decision-making in health. *Pan american Journal of Public Health*. Vol. 19. Nº2 (2006), p. 128-136.

CAPELAS, M.; NETO, I. – *Organização de serviços*. In Manual de cuidados paliativos. 2ªed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. Cap.38.

CAPUANO, G. [et al.] - Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Supportive care in cancer*. Vol.18. Nº4 (2010), p.433-437.

CCARDOSO, M. [et al.] – Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiologia brasileira*. Vol.38. Nº2 (2005), p.107-115.

CHEN, S.; LIAO, C.; CHANG, J. - Orofacial pain and predictors in oral squamous cell carcinoma patients receiving treatment. *Oral oncology*. Vol.47. Nº2 (2011), p.131-135.

COMEAU, T.; EPSTEIN, J.; MIGAS, C. – Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge. *Supportive care in cancer*. Vol.9. Nº8 (2001), p.575-580.

CONNER, A.; MUIR, M. – *Managing symptoms: what can nurses do? A principle-based approach*. In *Palliative nursing-improving end-of-life care*. 2ªed: Shaun Kinghorn, Sandra Gaines (Elsevier), 2007. p.9-22.

COSTELLO, T.; COYNE, I. – Nurses knowledge of mouth care practices. *British journal of nursing*. Vol.17. Nº4 (2008), p.264-268.

CURI, M.; KOWALSKI, L. – Osteorradionecrosis of the mandible and maxilla. *Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço*. Vol.31. Nº2 (2003), p.49-53.

DAM, F. [et al.] – Deterioration of olfaction and gustation as a consequence of total laryngectomy. *Laryngoscope*. Vol.109. Nº 7 (1999), p.1150-1155.

DE GRAEFF, A. [et al.] – A prospective study on quality of life of patients with cancer of the oral cavity or oropharynx treated with surgery with or without radiotherapy. *Oral Oncology*. Vol.35. Nº1 (1999), p.27-32.

DEDIVITIS, R. – Etiologia do carcinoma epidermoide de hipofaringe. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol.46. Nº2 (2000), p.183-189.

DEITOS, T.; GASPARY, J. – Efeitos biopsicossociais e psiconeurológicos do câncer sobre o paciente e familiares. *Revista brasileira de cancerologia*. Vol.43. Nº 2 (1997), p.117-123.

DERKS, W. [et al.]– Elderly patients with head and neck cancer: short-term effects of surgical treatment on quality of life. *Clinical Otolaryngology and allied sciences*. Vol.28. Nº5 (2003), p. 399-405.

DEVI, P.– A Timely Referral to Palliative Care Team Improves Quality of Life. *Indian Journal of Palliative Care*. Vol.17. Nº4 (2011), p.14-16.

DIRIX, P. [et al.] – The influence of xerostomia after radiotherapy on quality of life: results of a questionnaire in head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*. Vol.16. Nº2 (2008), p.171-179.

DROPKIN, M. - Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer nursing*. Vol.24. Nº2 (2001), p.143-148.

DUFFY, S. [et al.] - Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. *General hospital psychiatry*. Vol.24. Nº3 (2002), p.140-147.

DUFFY, S. [et al.] – Perceived difficulty quitting predicts enrollement in a smoking-cessation program for patients with head and neck cancer. *Oncology nursing forum*. Vol.37. Nº3 (2010), p.349-356.

EDWARDS, B. [et al.] - Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. *Cancer*. Vol.94. Nº10 (2002), p.2766-92.

- ELTING, L. [et al.] – The burdens of cancer therapy: Clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis. *Cancer*. Vol. 98.Nº7 (2003). p.1531-1539.
- ENGELBRECHT, L.; MERWE, L. – Quality of life after total glosso-laryngectomy. *The South African Journal of Communication Disorders*. Vol.54 (2007), p.29-38.
- FANG, F. [et al.] - Quality of life as a survival predictor for patients with advanced head and neck carcinoma treated with radiotherapy. *Cancer*. Vol.100. Nº2 (2004), p.425-432.
- FARQUHAR, M. – Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of advanced nursing*. Vol.22. Nº3 (1995), p.502-508.
- FAYERS, P [et al.] – *The EORTC QLQ-C30 Scoring manual*. 3ªed. Bruxelas: EORTC data center, 2001.
- FAYERS, P.; BOTTOMLEY, A. – Quality of life research within the EORTC QLQ-C30. *European journal of cancer*.Vol.38. Nº4 (2002), p.125-133.
- FERREIRA, P.; PINTO, A. – Medir a qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*. Vol.21. Nº2 (2008), p.111-124.
- FERRIOL, E. [et al.] – *Calidad de vida en pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de laringe*. Valencia: Generalitat valenciana. Conselleria de sanitat. EVES, 2005.
- FIALKA-MOSER, V. [et al.] – Cancer Rehabilitation: Particularly with Aspects of Physical Impairments. *Journal of Rehabilitation Medicine*. Vol.35. Nº4 (2003), p.153-162.
- FILHO, A.; FERREIRA, P. – *Princípios de tratamento radioterápico*. In SCHWARTZMAN, G. [et al.] – *Oncologia médica: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artes médicas, 1991. p.97-105.
- FISHER, J. [et al.] – *Phase III quality of life study results: impact on patients quality of life to reducing xerostomia after radiotherapy for head and neck cancer-RTOG 97-09*. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. Vol.56. Nº3 (2003), p.832-836.
- FOLKE, S. [et al.] – The subjective meaning of xerostomia – an aggravating misery. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. Vol.4. Nº4 (2009), p. 245-255.
- FONSECA, A. – *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi, 2004.
- FONSECA, Clara [et al.] – *Investigação Passo a Passo – Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica*. 1ªed. Lisboa: APMCG, 2008.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

FRANZI, S.; SILVA, P. – Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Revista brasileira de cancerologia*. Vol.49. Nº3 (2003), p.153-158.

FURNESS, P. – Exploring supportive care needs and experiences of facial surgery patients. *British Journal of Nursing*. Vol.14. Nº12 (2005), 641-645.

GARDEN, A. – Mucositis: Current Management and Investigations. *Seminars in Radiation Oncology*. Vol. 13. Nº3 (2003), p. 267-273.

GIBSON, F.; HORSFORD, J.; NELSON, W. – Oral care: ritualistic practice reconsidered within a framework of action research. *Journal of cancer nursing*. Vol.1. Nº4 (1997), p.183-190.

GILLAM, J.; GILLAM, D. - The assessment and implementation of mouth care in palliative care: a review. *Journal of the royal society for the promotion of health*. Vol.126. Nº1 (2006), p.33-37.

Gonçalves, G. – *Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área do grande Porto*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, 2011.

GRAEFF, A. [et al.] – Long-term quality of life of patients with head and neck cancer. *Laryngoscope*. Vol.110. Nº1 (2000), p.98-106.

GRANDA-CAMERON, C. [et al.] – Measuring Patient-Oriented Outcomes in Palliative Care: Functionality and Quality of Life. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*. Vol 12, Nº1 (2008), p.65-77.

GRIMALDI, N. [et al.] – Dental care in prevention and treatment of osteoradionecrosis: literature review. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol.51. Nº4 (2005), p.319-324.

GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P. – Xerostomia: Etiology, recognition and treatment. *The journal of the American dental association*. Vol.134. Nº1 (2003), p.61-69.

GUIGLIA, R. [et al.] – Aging and oral health: effects in hard and soft tissues. *Current Pharmaceutical Design*. Nº16 (2010), p. 619-630.

HAISFIELD-WOLFE, M. [et al.] – Prevalence and correlates of depression among patients with head and neck cancer: a systematic review of implications for research. *Oncology nursing forum*. Vol.36. Nº3 (2009), p.107-125.

HAMMERLID, E. [et al.] - A prospective quality of life study of patients with laryngeal carcinoma by tumor stage and different radiation therapy schedules. *Laryngoscope*. Vol.108. Nº5 (1998), p.747-759.

HAMMERLID, E. [et al.] - Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer a longitudinal study. *Head & Neck*. Vol.23. Nº2 (2001), p.113-125.

HEAD, B. [et al.] - The relationship between weight loss and health-related quality of life in persons treated for head and neck cancer. *Supportive care in cancer*. Vol.19. Nº10 (2011), p.1511-1518.

HIGGINSON, I.; CARR, A. - Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*. Vol.322. Nº7297 (2001), p.1297-300.

HOLZNER, B. [et al.] – Quality of life measurement in oncology – a matter of the assessment instrument?. *European Journal of Cancer*. Vol.37. Nº18 (2001), p.2349-2356.

HONNOR, A.; LAW, A. - Mouth care in cancer nursing: using an audit to change practice. *British journal of nursing*. Vol.11. Nº16 (2002), p.1087-1096.

HORNEY, D. [et al.] – Associations between quality of life, coping styles, optimism, anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head & Neck*. Vol.33. Nº1(2011), p.65-71.

INGRAM, S. [et al.] – The association between oral health and general health and quality of life in older male patients. *American Geriatrics Society*. Vol.53. Nº9 (2005), p.1504-1509.

INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – Classificação Nacional das Profissões: Versão 1994. 2ªed. Lisboa, 2001

JENSEN, K.; JENSEN, A.; GRAU, C. – A cross sectional quality of life study of 116 recurrence free head and neck cancer patients. The first use of the EORTC H&N35 in Danish. *Acta Oncologica*. Nº45 (2006), p. 28-37.

JENSEN, K.; JENSEN, A.; GRAU, C. - Smoking has a negative impact upon health related quality of life after treatment for head and neck cancer. *Oral oncology*. Vol.43. Nº2 (2007), p.187-192.

JEREMIC, G. [et al.] – Trismus following treatment of head and neck cancer. *Journal of Otolaryngology. Head and Neck Surgery*. Vol.40. Nº4 (2011), p. 323.329.

JHAM, B.; FREIRE, A. – Oral complications of radiotherapy in the head and neck cancer. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. Vol.72. Nº5 (2006), p.704-708.

JOHNSON, J. [et al.] – Trismus in head and neck cancer patients in Sweden: incidence and risk factors. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and clinical research*. Vol.16. Nº6 (2010), p. 278-282.

KAASA, S.; LOGE, J.– Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine*. Vol.17. Nº1 (2003), p.11-20.

KAZI, R. [et al.] - Quality of life outcome measures following partial glossectomy: assessment using the UW-QOL scale. *Journal of cancer research and therapeutics*. Vol.4. Nº3 (2008), p.116-120.

KAZI, R.; SAYED, S.; DWIVEDI, RC. – Clinical importance of quality of life measures in head and neck cancer. *Indian Journal of Cancer*. Vol. 47. Nº 3 (2010), p.237-238.

KELLICKER, Patricia; SCHUB, Eliza – Stomatitis (Oral Mucositis): Quality of Life. *Cinahl Information Systems* (2011).

KOPP, M. [et al.] - EORTC QLQ-C30 and FACT-BMT for the measurement of quality of life in bone marrow transplant recipients : a comparison. *European Journal of Haematology*. Vol.65. Nº2 (2000), p. 97-103.

KORNUSKY,J., CABRERA, G. – Osteoradionecrosis, Head and Neck. *Cinahl Informaion Systems* (2011).

LAM, D.; SCHIDT, B. - Orofacial pain onset predicts transition to head and neck cancer. *Pain*. Vol.152. Nº5 (2011), p.1206-1209.

LARSSON, M.; HEDELIN, B.; ATHLIN, E. - Lived experiences of eating problems for patients with head and neck cancer during radiotherapy. *Journal of clinical nursing*. Vol.12. Nº4 (2003), p.562-570.

LEE, M.; GIBSON, S.; HILARI, K. – Gender differences in health-related quality of life following total laryngectomy. *International Journal of language and communication disorders*. Vol.45. Nº3 (2010), p.287-294.

LEE-PRESTON, V. [et al.] - Optimizing the assessment of quality of life after laryngeal cancer treatment. *The journal of laryngology and otology*. Vol.118. Nº6 (2004), p.432-438.

LEES, J. - Nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in head and neck cancer patients receiving radiotherapy treatment at a regional oncology unit: a two year study. *European journal of cancer care*. Vol.6. Nº1 (1997), p.45-49.

LEIBERICH, P. [et al.] – The quality of life tumour patients as a multidimensional concept. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. Vol.39. Nº1 (1993), p.26-37.

LIMA, M.; BARBOSA, L.; SOUGEY, E. – Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer da laringe. *Revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar*. Vol.14. Nº1 (2011), p.18-40.

LIU, H. - Changes of satisfaction with appearance and working status for head and neck tumour patients. *Journal of clinical nursing*. Vol.17. Nº14 (2008), p.1930-1938.

LÔBO, A.; MARTINS, G. – Consequências da Radioterapia na Região da Cabeça e Pescoço: Uma Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. Vol.50. Nº4 (2009), p.251-255.

- LOPES, M., [et al.] – Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. *Revista da APCD*. Vol.52. Nº3 (1998), p. 56-60.
- LÓPEZ, J.; MEJÍA, R.; ESPINAR, A. – La calidad de vida: un tema de investigación necesario (y II). Validez y beneficios. *Medicina Integral*. Vol.27. Nº3 (1996), p.70-75.
- LÓPEZ, J. [et al.] – Evaluación de la equivalência transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC). *Medicina Clínica*. Vol.109. Nº7 (1997), p.245-250.
- LONG, S. [et al.] - Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer. *Laryngoscope*. Vol.106. Nº9 (1996), p.1084-1088.
- MAÑAS, A. [et al.] - Incidence of oral mucositis, its treatment and pain management in patients receiving cancer treatment at Radiation Oncology Departments in Spanish hospitals (MUCODOL Study). *Clinical & translational oncology*. Vol.11. Nº10 (2009), p.669-676.
- MARCONI, M.; LAKATOS, E. – *Técnicas de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Editora Athas, 1999.
- MAROCO, J. – *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ªed. Lisboa: Edições sílabo, 2007.
- MATOS, P.; PEREIRA, M. – *Áreas de intervenção na doença oncológica*. In LOPES, M. – *O doente oncológico e a sua família*. 2ªed.n Climepsi: Lisboa, 2002, p.15-25.
- MEHANNA, H.; MORTON, R. - Patients views on the utility of quality of life questionnaires in head and neck cancer: a randomised trial. *Clinical Otolaryngology*. Vol.31. Nº4 (2006), p.310-316.
- MEHANNA, H.; MORTON, R. - Why are head and neck cancer clinicians not measuring quality of life?. *Clinical Otolaryngology*. Vol.120. Nº10 (2006), p.861-864.
- MEKHAIL, T. [et al.] - Enteral nutrition during the treatment of head and neck carcinoma: is a percutaneous endoscopic gastrostomy tube preferable to a nasogastric tube?. *Cancer*. Vol.91. Nº9 (2001), p.1785-1790.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*. Vol.42. Nº6 (1994), p.255-259.
- MELEIS, A. [et al.] – Experiencing transition: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. Vol.23. Nº1 (2000), p.12-28.
- MELEIS, A. – *Theoretical nursing: development and progress*. 3ªed. Philadelphia: Lippincott, 2007.
- MÉNDEZ, L.; BOUZAS, J.; GONZALES-BOTAS, J. – Calidad de vida de pacientes operados de cáncer de laring. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. [Em linha], 2000. [Consult. a 05/Dez./2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.encolombia.com>>.

- MILLER, M. [et al.] - Evaluation of the feasibility and acceptability of an oral care diary by patients during chemotherapy. *International journal of nursing studies*. Vol.44. Nº5 (2007), p.693-701.
- MINAYO, M.; HARTZ, Z.; BUSS, P. – Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.5. Nº1 (2000), p.7-18.
- MONTAZERI, A. – Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of literature from 1982 to 2008. *Health and quality of life outcomes*. Vol.7. Nº102 (2009), p.1-21.
- MONTEIRO, M. – *O doente submetido a radioterapia*. In *Enfermagem Oncológica*. 1ªed. Coimbra: Formasau, 2004. Cap.5.
- MORTON, R.; IZZARD, M. – Quality of life outcomes in head and neck cancer patients. *World journal of surgery*. Vol. 27. Nº7 (2003), p.884-889.
- MORTON, R. [et al.] - Elective gastrostomy, nutritional status and quality of life in advanced head and neck cancer patients receiving chemoradiotherapy. *ANZ Journal of surgery*. Vol.79. Nº10 (2009), p.713-718.
- MUNRO, C. [et al.] - Oral health measurement in nursing research: state of the science. *Biological research of nursing*. Vol.8. Nº1 (2006), p.35-42.
- MURPHY, S. – Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Nursing practice*. Vol.4. Nº3 (1990), p.1-7.
- MURRY, T. [et al.] - Acute and chronic changes in swallowing and quality of life following intraarterial chemoradiation for organ preservation in patients with advanced head and neck cancer. *Head Neck*. Vol.20. Nº1 (1998), p.31-7.
- NETO, I. – *Princípios e filosofia em cuidados paliativos*. In *Manual de cuidados paliativos*. 2ªed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. Cap.1.
- NGUYEN, N. [et al.] - Safety and effectiveness of prophylactic gastrostomy tubes for head and neck cancer patients undergoing chemoradiation. *Surgical oncology*. Vol.15. Nº4 (2006), p.199-203.
- NIBU, K. [et al.] – Quality of life after neck dissection: a multicentre longitudinal study by the Japanese clinical study group on standardization of treatment for lymph node metastasis of head and neck cancer. *International journal of clinical oncology*. Vol.15. Nº1 (2010), p.33-38.
- NICOLATOU-GALITIS, O. [et al.] – Oral candidiasis in head and neck cancer patients receiving radiotherapy with amifostine cytoprotection. *Oral Oncology*. Vol.39. Nº4 (2003), p.397-401.

NORDGREN, M. [et al.] – Health-related quality of life in patients with pharyngeal carcinoma: a five-year follow-up. *Head and neck*. Vol. 28. Nº4 (2006), p.339-349.

NORDGREN, M. [et al.] – Quality of life in oral carcinoma: a 5-year prospective study. *Head & Neck*. Vol.30. Nº4 (2008), p.461-470.

NUNES, R. – *Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia*. In *Enfermagem Oncológica*. 1ªed. Coimbra: Formasau, 2004. Cap.1.

ÖHRN, K.; SJÖDÉN, P. – Experiences of oral care in patients with hematological malignancies or head and neck cancer. *European journal of cancer*. Nº12 (2003), p.274-282.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

PALERI, V.; PATTERSON, J. – Use of gastrostomy in head and neck cancer: a systematic review to identify areas for future research. *Clinical otolaryngology*. Vol.35. Nº3 (2010), p.177-189.

PALLIATIVE CARE GUIDELINES: MOUTH CARE – *Mouth care in palliative care* [Em linha], 2011. [Consult. 14 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk>>.

PAIS, F. – *Impacto da doença oncológica no doente e família*. In *Enfermagem Oncológica*. 1ªed. Coimbra: Formasau, 2004. Cap.2.

PAIS-RIBEIRO, J.; PINTO, C.; SANTS, C. – Validation study of the portuguese version of the QLQ-C30-V3. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol.9. Nº1 (2008), p.89-102.

PEREIRA, A. – *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 5ªed. Lisboa: Edições sílabo, 2004.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. – *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. 5ªed. Lisboa: Edições sílabo, 2008.

PETERSON, D. - New strategies for management of oral mucositis in cancer patients. *The journal of supportive oncology*. Vol.4. Nº2 (2006), p.9-14.

PIMENTEL, F. – *Qualidade de vida e oncologia*. 1ªed. Coimbra: Edições Almedina, 2006.

PORTAL DE ONCOLOGIA PORTUGUÊS – *Grupo de Estudos de Cancro da Cabeça e Pescoço complementa Registo Oncológico* [Em linha], 2011. [Consult. a 10/Dez./2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pop.eu.com/news/>>.

PORTER, S.; SCULLY, C.; HEGARTY, A. – An update of the etiology and management of xerostomia. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. Vol.97. Nº1 (2004), p.28-46.

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - *Rede de referência hospitalar de oncologia*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2002.

PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - *Registo Oncológico Nacional 2001*. Instituto Português de Oncologia, 2008.

PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Centro Regional de oncologia do Porto – *Registo Oncológico 2009*. Porto: Instituto Português de Oncologia, 2010.

POTASH, A. [et al.] – Continued alcohol use in patients with head and neck cancer. *Head & Neck*. Vol.32. Nº7 (2002), p.950-912.

QUEIJA, D. [et al.] – Deglutição e qualidade de vida após laringectomia e faringolaringectomia total. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. Vol.75. Nº4 (2009), p.556-564.

REGATEIRO, F. – Genes e Cancro. In *Enfermagem Oncológica*. 1ªed. Coimbra: Formasau, 2004. Cap.1.

RIJ, C. [et al.] – Parotid gland sparing IMRT for head and neck cancer improves xerostomia related quality of life. *Radiation Oncology*. Vol.3. Nº41 (2008), p. 1-10.

ROGERS, S. [et al.] – Quality of life following neck dissections. *Acta Oto-laryngologica*. Vol.124. Nº3 (2004), p. 231-236.

ROGERS, L. [et al.] – Factors associated with quality of life in outpatients with head and neck cancer 6 months after diagnosis. *Head and Neck*. Vol.31. Nº9 (2009), p.1207-1214.

RÖING, M.; HIRSCH, J.; HOLMSTRÖM, I. - The uncanny mouth - a phenomenological approach to oral cancer. *Patient Education and Counseling*. Vol.67. Nº3 (2007), p.301-306.

ROSE-PED, A. [et al.] – Complications of radiation therapy for head and neck cancers. *Cancer Nursing*. Vol. 25. Nº6 (2002), p.461-467.

SANTOS, C. – *Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação*. Dissertação de mestrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, 1999.

SANTOS, A. – *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação de doutoramento pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, 2004.

SANTOS, C. – *Doença oncológica – Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. 1ªed. Coimbra: Formasau, 2006.

SANTOS, C.; RIBEIRO, J.; LOPES, C. – Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia: saúde & doenças*. Vol.4. Nº2 (2003), p.185-204.

SANTOS, J. – *Otimização de ostomias de ventilação: um guia para os profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia*. Porto: edições Fernando Pessoa, 2011.

SANTOS, L.; TEIXEIRA, L. – *Oncologia Oral*. 1ªed. Lisboa: Lidel, 2011.

SAWADAM N. [et al.] – Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Revista da escola de enfermagem da universidade de S. Paulo*. Vol.43. Nº3 (2009), p.581-587.

SCHLIEPHAKE, H. [et al.] – Speech, deglutition and life quality after intraoral tumour resection: a prospective study. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Vol.27. Nº2 (1998), p.99-105.

SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. – Transitions: a central concept in nursing. *Image - Journal of nursing scholarship*. Vol.26. Nº2 (1994), p.119-127.

SCHWARTZMANN, L. – Calidad de vida relacionada con la salud - aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermeira*. Vol.9. Nº2 (2003), p.9-21.

SEMPLE, C. [et al.] – Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *Journal of advanced nursing*. Vol.63. Nº1 (2008), p.85-93.

SERRANO, Maria – *Cuidar a boca em cuidados paliativos – contributo para a promoção da dignidade humana*. Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa, 2009.

SIERACKI, R. [et al.] – Development and Implementation of an Oral Care Protocol for Patients With Câncer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 13. Nº6 (2009), p.718-722.

SILVEIRA, A. [et al.] – Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: comparação de instrumentos de medida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.8 (2009), p. 59-66.

SILVER, H. [et al.] – Predictors of functional decline in locally advanced head and neck cancer patients from south Brazil. *Head & Neck*. Vol.32. Nº9 (2010), p.1217-1225

SIMÕES, C.; CASTRO, J.; CAZAL, C. – Candida Oral como Fator Agravante da Mucosite Radioinduzida. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol.57. Nº1 (2011), p. 23-29.

SIQUIERA, J. [et al.] – Dor em pacientes com câncer da boca: do diagnóstico aos cuidados paliativos. *Revista Dor*. Vol. 10. Nº2 (2009), p.150-157.

SMELTZER, S.; BARE, B. – *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS – Cuidar: objetivo conforto. In *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos-Cuidar: ética e práticas*. Loures: Lusociência, 2000. p.146-168.

SPECHT, L. – *Oral complications in the head and neck radiation patient. Introduction and scope of the problem*. Supportive care in cancer. Vol.10. Nº1 (2002), p.36-39.

STIEL, S. [et al.] – Assessment of quality of life in patients receiving palliative care: comparison of measurement tools and single item on subjective well-being. *Journal of palliative medicine*. Vol.14. Nº5 (2011), p.599-606.

SWEENEY, M.; BAGG, J. – The mouth and palliative care. *American journal of hospice & palliative care*. Vol.17. Nº2 (2000), p.118-124.

TEIXEIRA, S. – *Mucosite oral em cuidados paliativos*. Dissertação de mestrado em oncologia – especialização em enfermagem oncológica pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, 2010.

TERRELL, J. [et al.] - Clinical predictors of quality of life in patients with and neck cancer. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. Vol.130. Nº4 (2004), p.401-407.

TRIVEDI, N. [et al] - Comparison of quality of life in advanced laryngeal cancer patients after concurrent chemoradiotherapy vs total laryngectomy. *Otolaryngology – Head and neck surgery*. Vol.139. Nº5 (2008), p.702-707.

TSCHUDI, D.; STOECKLI, S.; SCHMID, S. – Quality of life after different treatment modalities for carcinoma of the oropharynx. *Laryngoscope*. Vol.113. Nº11 (2003), p.1949-1954.

TWYXCROSS, R. – *Cuidados Paliativos*. 2ªed. Climepsi editores: Lisboa, 2003.

VARTANIAN, J. [et al.] - Socioeconomic effects of and risk factors for disability in long-term survivors of head and neck cancer. *Archives of otolaryngology-head and neck surgery*. Vol.132. Nº1 (2006), p.32-35.

VIEIRA, F. – Osteorradionecrosis management in patients underwent head and neck radiotherapy. *Journal of Dental Science*. Vol.20. Nº47 (2005), p.23-28.

VILASECA, I.; CHEN, A.; BACKSCHEIDER, A. – Long-term quality of life after total laryngectomy. *Head and Neck*. Vol.28. N°3 (2006), p.312-320.

WAN LEUNG, S. [et al.] - Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC cancer*. Vol.11. N°128 (2011), p.1-10.

WEBER, C. [et al.] – Limited mouth opening after primary therapy of head and neck cancer. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Vol.14. N°3 (2010), p-169-173.

WEISSMAN, D.; MEIER, D. – Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting. *Journal of palliative medicine*. Vol.14. N°1 (2011), p.1-7.

WEITZNER, M. [et al.] - The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of life research*. Vol.8. N°1 (1999), p.55-63.

WEITZNER, M.; McMILLAN, S. - The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale: revalidation in a home hospice setting. *Journal of Palliative Care*. Vol.15. N°2 (1999), p.13-20.

WILKIN, K. - A critical analysis of the philosophy, knowledge and theory underpinning mouth care practice for the intensive care unit patient. *Intensive and critical care nursing*. Vol.18. N°3 (2002), p.181-188.

WILSON, J.; CARDING, P.; PATTERSON, J. – Dysphagia after nonsurgical head and neck cancer treatment: patients' perspectives. *Otolaryngology-Head and neck surgery*. Vol.145. N°5 (2011), p.767-771.

WOODARD, T.; OPLATEK, A.; PETRUZZELLI, G. - Life after total laryngectomy: a measure of long-term survival, function, and quality of life. *Archives of otolaryngology-head and neck surgery*. Vol.133. N°6 (2007), p.526-532.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO expert committee technical report series*. Geneva: World Health Organization, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Health Promotion Glossary*. Geneva: OMS, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2^aed. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre) – *Human Papillomavirus and Related Cancers in Portugal. Summary Report 2010*. [Date accessed]. Available at www.who.int/hpvcentre.

ZACHARIAE, B.; BECH, P. – *Quality of life concept*. Ugeskr Laeger. Vol. 170. Nº10 (2008), p.821-825.

ZAGONEL, I. – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*. Vol.7. Nº3 (1999), p.25-32.

ZANDONAI, A. [et al.] – Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Revista eletrônica de enfermagem*. Vol.12. Nº3 (2010), p.554-561.

ANEXOS

Anexo A – Dados Sociodemográficos

1. Sexo: a. Masculino b. Feminino
2. Idade: _____
3. Residência (Concelho/distrito): _____
4. Estado civil:
a.solteiro b. casado/união de facto c. divorciado d. viúvo
5. Habilitações literárias (em anos completos): _____
6. Profissão: _____
7. Situação profissional:
a.Empregado b. Desempregado c. Reformado/inválido
8. Situação de alojamento
a.Vive só b. Vive com família c. Em instituição d. Outro

Informação clínica

1. Diagnóstico: _____
2. Localização tumoral:
 - a. Cavidade oral
 - b. Orofaringe
 - c. Nasofaringe
 - d. Hipofaringe
 - e. Laringe
 - f. Faringolaringe
 - g. Faringe
 - h. Fossa nasal
 - i. Ouvido
 - j. Outro
3. Classificação tumoral: T____ N____ M____ Estádio: ____
4. Terapêuticas efetuadas ou em curso (0-nunca fez; 1-fez; 2-a fazer):
 - a. Cirurgia: 0 1 Qual: _____
 - b. Radioterapia: 0 1 2
 - c. Quimioterapia: 0 1 2
5. Início do tratamento
 - a. <1 mês
 - b. 1 mês a 5 meses
 - c. 6 meses a 1 ano
6. Sintomas:
 - a. Assintomático
 - b. Sintomático
 - c. Terapêutica de alívio sintomático
7. Seguimento:



EORIC QLQ-C30 (version 3)

PORTUGUESE

Gostariamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços uns violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
Durante a última semana :				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoo?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima



EORIC QLO – H&N35

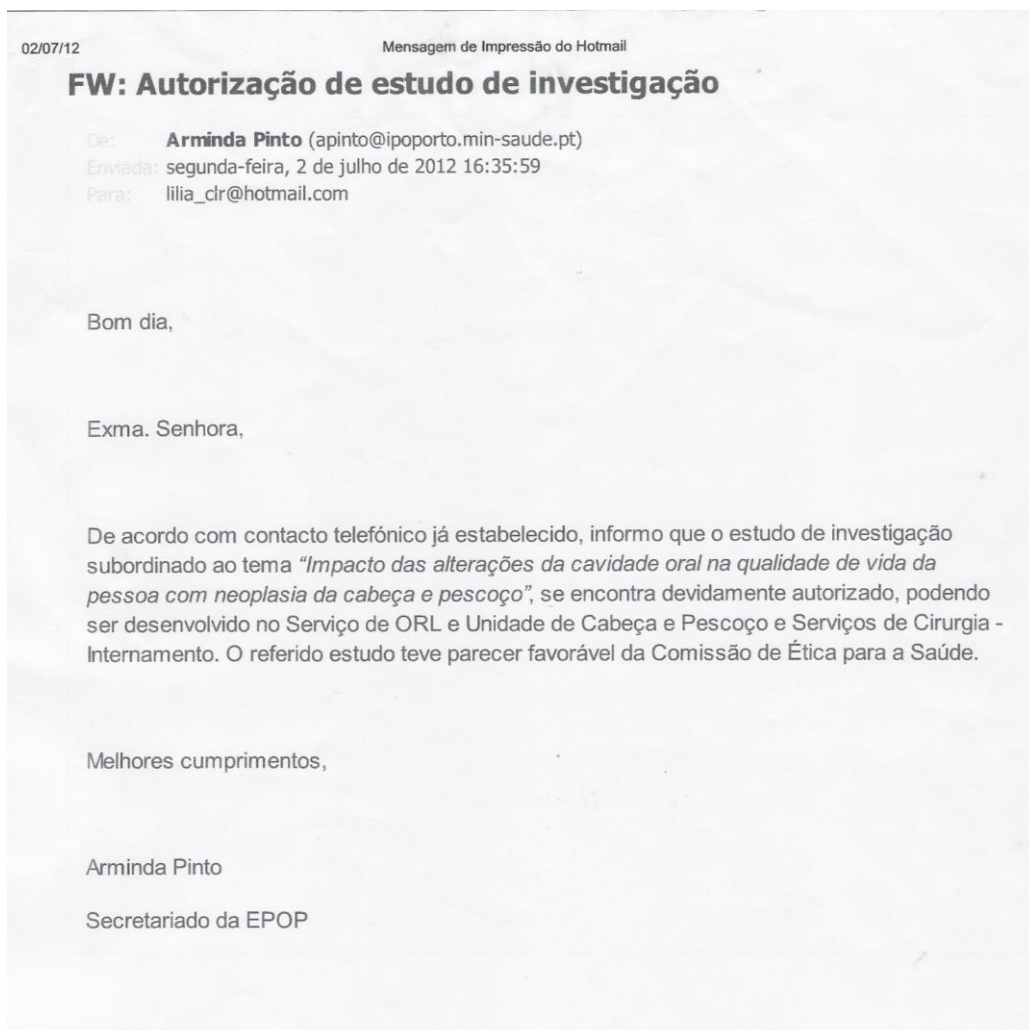
Às vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, envolva com um círculo a situação mais adequada ao seu caso.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Teve dores na boca?	1	2	3	4
32. Teve dores nos maxilares?	1	2	3	4
33. Sentiu irritabilidade na boca?	1	2	3	4
34. Doeu-lhe a garganta?	1	2	3	4
35. Teve dificuldade em engolir líquidos?	1	2	3	4
36. Teve dificuldade em engolir comida em pure?	1	2	3	4
37. Teve dificuldade em engolir comida sólida?	1	2	3	4
38. Engasgou-se ao engolir?	1	2	3	4
39. Teve problemas com os dentes?	1	2	3	4
40. Teve dificuldade em abrir bem a boca?	1	2	3	4
41. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
42. A saliva pegava?	1	2	3	4
43. Teve dificuldades com os cheiros?	1	2	3	4
44. Teve dificuldades com o paladar?	1	2	3	4
45. Tossiu?	1	2	3	4
46. Esteve rouco?	1	2	3	4
47. Sentiu-se doente?	1	2	3	4
48. Preocupou-se com o seu aspecto?	1	2	3	4

Durante a semana passada:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
49. Teve dificuldade em comer?	1	2	3	4
50. Teve dificuldade em comer à frente da sua família?	1	2	3	4
51. Teve dificuldade em comer à frente de outras pessoas?	1	2	3	4
52. Teve dificuldade em ter prazer nas refeições?	1	2	3	4
53. Teve dificuldade em falar com pessoas?	1	2	3	4
54. Teve dificuldade em falar ao telefone?	1	2	3	4
55. Teve dificuldade em conviver com a família?	1	2	3	4
56. Teve dificuldade em conviver com amigos?	1	2	3	4
57. Teve dificuldade em estar em lugares públicos?	1	2	3	4
58. Teve dificuldade em estabelecer contactos físicos com a família ou com amigos?	1	2	3	4
59. Sentiu menos interesse pelo sexo?	1	2	3	4
60. Teve menos prazer sexual?	1	2	3	4
Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
61. Tomou medicamentos para as dores?	1	2	3	4
62. Tomou algum suplemento alimentar (excluindo vitaminas)?	1	2	3	4
63. Alimentou-se através de sonda?	1	2	3	4
64. Diminuiu de peso?	1	2	3	4
65. Aumentou de peso?	1	2	3	4

Anexo C – Autorizações para a realização do estudo



Exm.^a Sr.^a

Enf.^a Lília Cristina de Sousa Conde

Serviço de Medicina

ASSUNTO: Trabalho Académico – Mestrado: “Impacto das alterações da cavidade oral na qualidade de vida da pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço” - *N/ REF.^a 141/12(111-DEFI/101-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, nos Serviços de ORL, Cirurgia 2, Consulta Externa de ORL e Consulta Externa de Maxilo Facial, sendo Investigadora Principal a Enf.^a Lília Cristina de Sousa Conde.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
31.8.2012

Dr. SOLLARI ALLEGRO	Dr. ^a ÉLIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Dr. PAULO BARBOSA	Dr. PORTO GOMES
Director Clínico	Vogal Executivo
Enf. ^a EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Director	

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.*.

Anexo D – Documento informativo do estudo

Impacto das alterações da cavidade oral na qualidade de vida da pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço

Exmo(a). Sr(a).

Sou enfermeira, aluna de um curso de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e estou a realizar um estudo de investigação sobre as alterações da cavidade oral em pessoas com neoplasia da cabeça/pescoço e o seu impacto na qualidade de vida. Desta forma, poder-se-á contribuir para um melhor conhecimento desta problemática e ajudar outras pessoas de uma forma mais eficaz. Pretendo assim com este estudo:

- a) Verificar quais as alterações da cavidade oral com maior incidência;
- b) Determinar o impacto do tipo de tratamento nas alterações na cavidade oral da pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço;
- c) Perceber qual/quais as alterações que estão relacionadas com pior perceção de qualidade de vida;
- d) Relacionar a incidência das alterações da cavidade oral com a localização do tumor primário e com o tempo decorrido após o tratamento inicial;
- e) Relacionar a perceção da qualidade de vida com a localização do tumor primário e com o tempo decorrido após o tratamento inicial;

Este estudo poderá não trazer benefícios diretos ou imediatos para si, mas a sua participação contribuirá para ajudar outras pessoas.

A participação neste estudo será possível através de um questionário que lhe irei aplicar.

Os dados colhidos são totalmente confidenciais, não se revelando qualquer informação que o possa identificar, sendo apenas utilizados para este estudo.

A referência do seu nome no documento que irá assinar (consentimento informado) destina-se a facilitar a consulta do seu processo clínico, junto do seu enfermeiro, garantindo-se toda a confidencialidade.

Poderá recusar-se a participar no estudo a qualquer momento, bem como colocar qualquer dúvida.

Agradeço a sua disponibilidade,

(Investigadora principal - Lília Cristina de Sousa Conde)

Anexo E - Consentimento Informado

Impacto das alterações da cavidade oral na qualidade de vida da pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço

Eu, abaixo-assinado (Nome completo do participante do estudo):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a avaliar o impacto das alterações da cavidade oral sobre a percepção que apresento da minha qualidade de vida.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de um questionário, tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo:

Data

____/____/____

Assinatura

Nome do Investigador Responsável:

Data

____/____/____

Assinatura
